

申请事项： <p style="text-align: right;">申请人签字： 年 月 日</p>	
用人单位意见： <p style="text-align: right;">单位公章 年 月 日</p>	
社会保险行政部门审查资料和受理意见	<p style="text-align: right;">经办人签字： 年 月 日</p>
	<p style="text-align: right;">负责人签字： (公章) 年 月 日</p>
备注：	

编号：

工伤认定申请表

申请人：

受伤害职工：

申请人与受伤害职工关系：

填报日期：

填 报 说 明

- 1、用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。
- 2、申请人为用人单位的，在首页申请人处加盖单位公章。
- 3、受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。
- 4、诊断时间一栏，职业病患者，按职业病确诊时间填写；受伤或死亡的，按初诊时间填写。

5、受伤害经过简述，应写明事故发生的时间、地点，当时所从事的工作，受伤害的原因以及伤害部位和程度。职业病患者应写明在何单位从事何种有害作业，起止时间，确诊结果。

6、申请人提出工伤认定申请时，应当提交受伤害职工的居民身份证；医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书，或者依法承担职业病诊断的医疗机构出具的职业病诊断证明书（或者职业病诊断鉴定书）；职工受伤害或者诊断患职业病时与用人单位之间的劳动、聘用合同或者其他存在劳动、人事关系的证明。有下列情形之一的，还应当分别提交相应证据：

- （一）职工死亡的，提交死亡证明；
- （二）在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力等意外伤害的，提交公安部门的证明或者其他相关证明；
- （三）因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的，提交公安部门的证明或者相关部门的证明；

- （四）上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的，提交公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明；
- （五）在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者在48小时之内经抢救无效死亡的，提交医疗机构的抢救证明；
- （六）在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，提交民政部门或者其他相关部门的证明；
- （七）属于因战、因公负伤致残的转业、复员军人，旧伤复发的，提交《革命伤残军人证》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认。

7、申请事项栏，应写明受伤害职工或者其近亲属、工会组织提出工伤认定申请并签字。

8、用人单位意见栏，应签署是否同意申请工伤，所填情况是否属实，经办人签字、法人代表签字并加盖单位公章。

9、社会保险行政部门审查资料和受理意见栏，应填写补正材料或是否受理的意见。

10、此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

职工姓名	身份证号码		家庭地址		工作单位		联系地址		受伤经过或职业接触史简述 (可附页，必须填写)	
出生日期 年 月 日	性别	参加工作时间		事故时间、地点及主要原因		诊断时间		职业病名称		受伤害职工签字（手印）：
		危害岗位		接触职业病危害时间						