编号：

工伤认定申请表

申请人：

（ □本人 □近亲属 □用人单位（公章） □工会（公章） ）

受伤害职工： 职工社保编号： □无

用人单位全称：

申请人送达地址：

申请人移动电话：

填表日期： 年 月 日

填 表 说 明

1、用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。

2、申请人为用人单位或工会组织的，在首页申请人名称处加盖公章。

3、受伤害部位一栏填写受伤的具体部位。

4、首次诊断时间一栏，职业病者，按职业病确诊时间填写；受伤或死亡的，按初诊时间填写（附病历）。

5、职业病名称按照职业病诊断证明书或者职业病诊断鉴定书填写，接触职业病危害时间按实际接触时间填写。

6、受伤害经过简述，应写明事故时间、地点，当时所从事的工作，受伤害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。

7、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。

其他证件类型：指非内地居民所持证件，类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留证、外国人护照。

有下列情形之一的，还应当分别提交相应证据：

（1）职工死亡的，提交死亡证明；

（2）因履行工作职责受到暴力伤害的，提交公安机关的证明法律文书或人民法院的生效裁判文书；

（3）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的事故认定书或者其他相关部门的证明；

（4）因工外出期间，由于工作原因受到伤害的，提交公安部门证明或其他证明；发生事故下落不明的，申请因工死亡的应提交人民法院宣告死亡的结论；

（5）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和死亡证明；

（6）在抢险救灾等维护国家利益、公众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；

（7）属于因战、因公负伤致残的转业、复员军人，旧伤复发的，提交《伤残军人证》及旧伤复发的诊断证明；

（8）申请人委托律师事务所办理工伤认定的，代理人应提交授权委托合同、律师事务所授权委托函及代理人律师执业资格证。

8、受伤害职工或其近亲属（工会组织）意见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，所填情况是否真实，并签字（盖章）确认。

9、用人单位意见栏，单位应签署是否同意申请工伤，所填情况是否属实，法定代表人签字并加盖单位公章。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受伤害职工姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 公民身份号码(社会保障号) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 移动电话 |  |
| 其他证件类型 |  | 证件号码 |   |
| 职工送达地址 |  省 市 县（市区）  |
| 用人单位全称 |   |
| 单位送达地址 |  省 市 县（市区）  |
| 单位联系人（经办人） |   | 移动电话 |   |
| 工程建设项目填报 | 建筑项目名称 |   | 项目序号 |   |
| 项目地址 |   |
| 受伤时职业、工种或工作岗位 |   |
| 是否参加工伤保险 | □是 □否  | 入职时间 |   | 是否农民工□是 □否 |
| 发生事故时间 |  | 首次（职业病）诊断时间 | 年 月 日 时 分 |
| 事故发生地 |  省 市 县（市区）  |
| 事故类别 | □物体打击 □车辆伤害 □机械伤害 □起重伤害 □触电□淹溺 □灼烫 □火灾 □高处坠落 □坍塌 □冒顶片帮 □透水 □放炮 □火药爆炸 □瓦斯煤炭爆炸 □锅炉爆炸□容器爆炸 □其他爆炸 □中毒 □窒息 □其他伤害 □职业病 |
| 伤害部位 | □跖部（距骨、舟骨、跖骨） □颅脑 □脑 □颅骨 □头皮 □面颌部 □眼部 □鼻 □耳 □口 □颈部 □胸部 □腹部 □腰部□ 脊柱 □上肢 □肩胛部 □上臂 □肘部 □前臂 □腕及手 □腕 □掌 □指 □下肢 □髋部 □股骨 □膝部□小腿 □ 踝及脚 □踝部 □跟部 □趾 □其他 |
| 诊断机构 |  |
| 诊断结论 |  |
| 职业病名称 | □尘肺 □放射疾病 □职业中毒 □物理因素所致 □生物因素所致     □职业性皮肤病    □眼病 □耳鼻喉口腔疾病    □肿瘤    □其他职业病  |
| 接触职业病危害岗位 |   | 接触职业病危害时间 |  |
| 受伤害经过简述（可附页）： |
| 受伤害职工或其近亲属意见： 受伤害职工或其近亲属签字： 年 月 日  |
| 用人单位意见：  法定代表人签字：（负责人） 单位（公章） 年 月 日 年 月 日 |
| 备注 |  |