编号：

工伤认定申请表

申请人：

申请人类别： □本人□近亲属□用人单位（公章）□工会（公章）

受伤害职工：

用人单位全称：

申请人送达地址：

申请人移动电话：

填表日期：

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，应当填写《工伤认定申请表》，并提交下列材料：

（1）受伤害职工的居民身份证；

（2）用人单位的营业执照复印件；

（3）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。

（4）两名证人手写证词及证人居民身份证复印件。

（5）医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书（初诊病历及其封面、伤病情证明或出院小结、检查报告单等），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）；

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；

（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。

10、申请工伤认定时需提供伤者身份证复印件、劳动合同书或者事实劳动关系证明。

工伤认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | | |  | | | | 申请人  类别 | | □本人 □近亲属  □用人单位 □工会 | | | |
| 受伤害  职工姓名 | | |  | | 性别 | |  | | 出生日期 | |  | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | |
| 用人单位全称 | | |  | | | | | | | | | |
| 单位送达地址 | | |  | | | | | | | | | |
| 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 | | 年 月 日 | | | 是否农民工  □是 □否 |
| 发生事故时间 | | | 年 月 日 时 分 | | | | 首次（职业病）诊断时间 | |  | | | |
| 事故发生地 | | |  | | | | | | | | | |
| 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 □瓦斯煤尘爆炸 □锅炉爆炸□容器爆炸 □其他爆炸 □中毒和窒息 □职业病 □革命伤残军人旧伤复发  □其他伤害 | | | | | | | | | |
| 伤害部位 | | | □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 □跖部（距骨、舟骨、跖骨） □趾 □其他 | | | | | | | | | |
| 诊断机构 | | |  | | | | | | | | | |
| 诊断结论 | | |  | | | | | | | | | |
| 职业病名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 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：  填写内容属实，相关证据已全部提交，如有虚假本人承担相应的法律责任。申请认定工伤，并委托 同志办理工伤认定相关手续（含代收文书）。  受伤害职工或其近亲属签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位意见：  填写内容属实，相关证据已全部提交，如有虚假本单位承担相应的法律责任。同意申请认定工伤，并委托 同志办理工伤认定相关手续（含代收文书）。  法定代表人签字： 单位（公章）  （负责人） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | |

**重要提醒：**

1.职工发生事故伤害或者按照职业病防治法规定被诊断、鉴定为职业病，所在单位应当自事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起**30日**内，向社会保险行政部门提出工伤认定申请。

2.用人单位未按规定提出工伤认定申请的，工伤职工或者其近亲属、工会组织在事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起**1年**内，可以直接向用人单位所在地社会保险行政部门提出工伤认定申请。

3.**用人单位未在规定的时限内提交工伤认定申请，**在此期间发生符合工伤保险条例规定的工伤待遇等**有关费用由该用人单位负担**。