附件1

编号：

工 伤 认 定 申 请 表

申请人：

受伤职工：

申请人与受伤职工关系：

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 身份证号码 | |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭地址 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 工作单位 | |  | | | 联系电话 |  |
| 单位地址 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 职业、工种或  工作岗位 | |  | | | 参加工作时间 |  |
| 事故时间、  地点及主要原因 | |  | | | 诊断时间 |  |
| 受伤害部位 | |  | | | 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） | |  | | | | |
| 申请事项：  申请人签字：  年　 月　 日  （本栏由受伤职工或者其近亲属、工会组织填写） | | | | | | |
| 用人单位意见：  经办人签字：  （公章）  年 　月　 日 | | | | | | |
| 社  会  保  险  行  政  部  门  审  查  资  料  和  受  理  意  见 | 经办人签字：  年 　 月　 日 | | | | | |
| 负责人签字：    （公章）    年 月　 日 | | | | | |
| 备注： | | | | | | |

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，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，提交医疗机构或者公安机关出具的死亡证明；

（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、人民法院生效裁判文书或者其他有效证明；

（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，提交公安机关的证明或者相关部门的有效证明；

（四）在上下班途中，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、法律法规授权组织出具的具有结论性意见的责任认定文书或者人民法院生效的裁判文书；

（五）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出具的有效证明；

（六）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材料。

7、申请事项栏，应写明受伤职工或者其近亲属、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。