

工伤认定申请表

认定申请人与工伤职工关系 用人单位 本人 近亲属 工会
 单位社会保障证号 _____ 单位性质 _____
 用人单位全称 _____
 单位地址 _____ 邮编 _____
 单位联系人 _____ 联系电话 _____ 手机 _____

受伤人姓名 _____ 个人社会保障卡号 _____
 受伤人联系人 _____ 联系电话 _____ 手机 _____

是否参加工伤保险 五险参保 再就业双重参保 农民工单独参保 未参保
 学历 博士 硕士 本科 大专 中专 职高 技校 普通中学 初中 小学
 首次参加工作时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 农民工 是 否
 受伤时的职业/工种 单位负责人 专业技术人员 办事人员

商业服务业人员 农林牧渔水利生产人员 生产运输工人

事故发生(或职业病确诊)时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分
 事故类别 物体打击 提升、车辆伤害 机械伤害 触电 淹溺 灼烫
火灾 坠落 坍塌 其它爆炸 中毒和窒息 其它伤害

伤害部位(可多选,不超过5个)

颅脑 面颌部 眼部 鼻部 耳部 口腔 颈部 胸部
腹部 腰部 脊柱 上肢 腕及手 下肢 踝及脚 其他

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

填 表 说 明

一、用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。提交所有材料均为原件和复印件各一份。

二、认定申请人为用人单位的，在首页申请人处加盖单位公章。

三、单位与受伤人应分别简述事故发生经过，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，确诊结论。

四、申请人提出工伤认定申请时，应当提交以下材料：

1、受伤人及代笔人的居民身份证；

2、受伤人事故发生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；

3、医疗机构出具的受伤人事故发生时初诊诊断证明书（应加盖医院的医疗专用章或医务部门章）以及相关就诊病历、出院记录、影像检查报告等。职业病患者应提交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）。

4、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 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；

③ 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；

④ 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，提交公安交管部门或者其他相关部门的责任认定证明、用人单位上下班作息时间证明、用人单位与受伤人居住地的合理路线示意图；

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；

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 职工原在军队服役，因战、因公负伤致残，已取得革命伤残军人证，到用人单位后旧伤复发的，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书；

⑧ 属于故意犯罪、醉酒或者吸毒、自残或自杀的，提交法院、公安等相关部门的证明。

五、用人单位、主管部门的意见栏，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，经办人应出具工作证、授权委托书或介绍信。

六、申请人委托近亲属代理申请工伤认定的，代理人应提交授权委托书、身份证、近亲属关系的证明；委托律师担任代理人的，还应当提交与有关法律服务机构签订的委托协议书、律师资格证。

社会保险行政部门审核意见

经调查核准，依据《工伤保险条例》、《江苏省实施〈工伤保险条例〉办法》（省政府第 103 号令）、等有关法律法规，决定对_____的工伤认定申请：

不予受理 中止 终止

原因：_____

初审人：

年 月 日

复核人：

审批人：

年 月 日

年 月 日

社会保险行政部门审核意见

经调查核准，依据《工伤保险条例》第_____条第_____项、第_____条第_____项等相关规定，认定_____于_____年_____月_____日发生（诊断）的事故（职业病）为：

工伤 视同工伤 不属于工伤 不视同工伤

备注： 个人申请 单位超过 30 日申请

案情：_____

初审人：

年 月 日

复核人：

审批人：

年 月 日

年 月 日

用 人 单 位 意 见	盖章： 年 月 日		主 管 部 门 意 见	盖章： 年 月 日	
	受理情况	申报人		申报时间	受理人

送 达 签 收	今收到《 认定工伤决定书》(宁人社工 认字[] 号)一式 份, 用人单位、受伤人或者其近亲属、社会保险经办机构各留存一份。 用人单位签收人: 年 月 日			
	今收到《 认定工伤决定书》(宁人社工 认字[] 号)一式一份。 受伤人或其近亲属签收人: 年 月 日			
邮 寄 送 达	送达用人单位:		送达受伤人或其近亲属:	
	邮寄时间: 年 月 日		邮寄时间: 年 月 日	
复 议 诉 讼 情 况				
	行政复议机关	行政诉讼一审机关	行政诉讼二审机关	
复议诉讼机关名称				
答 辩 人				
下达决定时间				
结 论				
备注				