

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： _____ 省 _____ 市 _____ 县 (市区) _____

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书、律师事务所授权委托书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		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				入职时间	年	月	日	是否农民工 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
发生事故时间		年	月	日	时	分	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		<input type="checkbox"/> 物体打击 <input type="checkbox"/> 车辆伤害 <input type="checkbox"/> 机械伤害 <input type="checkbox"/> 起重伤害 <input type="checkbox"/> 触电 <input type="checkbox"/> 淹溺 <input type="checkbox"/> 灼烫 <input type="checkbox"/> 火灾 <input type="checkbox"/> 高处坠落 <input type="checkbox"/> 坍塌 <input type="checkbox"/> 冒顶片帮 <input type="checkbox"/> 透水 <input type="checkbox"/> 放炮 <input type="checkbox"/> 火药爆炸 <input type="checkbox"/> 瓦斯煤炭爆炸 <input type="checkbox"/> 锅炉爆炸 <input type="checkbox"/> 容器爆炸 <input type="checkbox"/> 其他爆炸 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 其他伤害 <input type="checkbox"/> 职业病										
伤害部位		<input type="checkbox"/> 跖部(距骨、舟骨、跖骨) <input type="checkbox"/> 颅脑 <input type="checkbox"/> 脑 <input type="checkbox"/> 颅骨 <input type="checkbox"/> 头皮 <input type="checkbox"/> 面颌部 <input type="checkbox"/> 眼部 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 颈部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 肩胛部 <input type="checkbox"/> 上臂 <input type="checkbox"/> 肘部 <input type="checkbox"/> 前臂 <input type="checkbox"/> 腕及手 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 掌 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 髌部 <input type="checkbox"/> 股骨 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 小腿 <input type="checkbox"/> 踝及脚 <input type="checkbox"/> 踝部 <input type="checkbox"/> 跟部 <input type="checkbox"/> 趾 <input type="checkbox"/> 其他										

诊断机构			
诊断结论			
职业病名称	<input type="checkbox"/> 尘肺 <input type="checkbox"/> 放射疾病 <input type="checkbox"/> 职业中毒 <input type="checkbox"/> 物理因素所致 <input type="checkbox"/> 生物因素所致 <input type="checkbox"/> 职业性皮肤病 <input type="checkbox"/> 眼病 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉口腔疾病 <input type="checkbox"/> 肿瘤 <input type="checkbox"/> 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：		单位（公章）	
（负责人）			
年 月 日		年 月 日	
备注			