

编号：

工 伤 认 定 申 请 表

申请人： 单位全称（加盖公章）

受伤害职工： 受伤职工姓名

申请人与受伤害职工关系： 劳动关系或人事关系 具体按实际填写

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	家庭具体住址			邮政编码	*****
工作单位	用人单位全称			联系电话	*****
单位地址	用人单位地址			邮政编码	*****
职业、工种或工作岗位	***			参加工作时间	** 年 ** 月
事故时间、地点及主要原因	*****年**月**日**时**分左右（24小时），张三在**地点（具体地址）做**工作时，**受伤。			诊断时间	初诊诊断证明时间
受伤害部位	具体受伤部位			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）	*****年**月**日**时**分左右（24小时），张三在**地点（具体地址）做**工作时，**受伤。（具体受伤经过和受伤原因，内容过长可附页），伤后被送至**医院救治。（具体治疗经过）；被**医院诊断为：1、****；2、****。（伤情诊断结论以诊断结论为准。）				

申请事项:

申请工伤认定

申请人签字: 受伤职工签字按手印

***年** 月** 日

用人单位意见:

同意

张三符合工伤保险条例第十四条第(六)项:“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”规定的认定工伤情形。申请人承诺某某某不具有不得认定工伤或者视同工伤的情形。

(具体条款按照实际填写,参考工伤认定申请告知书)

经办人签字: 经办人签字盖章
(公章)

***年** 月** 日

社会保险行政部门审查资料和受理意见

年 月 日

经办人签字:

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，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。

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或者其他相关证明；

（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，提交公安部门的证明或者相关部门的证明；

（四）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或者其他相关部门的证明；

（五）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；

（六）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；

（七）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。

7、申请事项栏，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。