**工伤认定申请表**

申请人：

受伤害职工：

申请人与受伤害职工关系：

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 | | | | | | |
| 用人单位意见：  法定代表人签字  （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，应当提交受伤害职工的居民身份证复印件；医疗机构出具的职工受伤害时初诊病历复印件及诊断证明书（住院的需提供住院记录或者出院记录），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）受到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；上下班途中受伤的，提交受伤时实际居住地址的证明；

（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，法定代表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．此表一式两份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

**工伤认定申请表(样表）**

申请人：XXX有限公司

受伤害职工：李XX

申请人与受伤害职工关系：劳动（聘用）关系

填表日期： 202X 年 XX月 XX 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 | | 李XX | 性别 | 男 | 出生日期 | 1988.10 |
| 身份证号码 | | 330xxx198810xxxxxx | | | 联系电话 | 139XXXXXXXX |
| 家庭地址 | | 宁波市海曙区xx路xx弄xx号xxx室 | | | 邮政编码 | 315xxx |
| 工作单位 | | XXX有限公司 | | | 联系电话 | XXXXXXXX |
| 单位地址 | | 宁波市鄞州区xx路xx号 | | | 邮政编码 | 315xxx |
| 职业、工种或  工作岗位 | | 操作工、会计等 | | | 参加工作时间 | 2012.9 |
| 事故时间、地点及主要原因 | | 2020年1月8 日 9时26 分 xx 公司xx车间 工作中受伤 | | | 诊断时间 | 2020.1.8 12:50 |
| 受伤害部位 | | 1.左胫骨下段骨折；2.左小腿挫伤 | | | 职业病名称 | （患职业病者填） |
| 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） | | 2020年1月8日上午9时半左右，我在公司xx车间操作xx机器生产xx产品的过程中，不慎被同事驾驶的搬运产品的叉车从身后撞到左小腿，当时左小腿肿痛剧烈，不能行走，由公司派车将我送到xxx医院，拍X光片示小腿有骨折，当即住院治疗。 | | | | |
| 申请事项：  要求申请工伤认定。  申请人签字：李XX  2020 年1 月 16 日 | | | | | | |
| 用人单位意见：  同意申请工伤认定。  法定代表人签字： XXX  （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，应当提交受伤害职工的居民身份证复印件；医疗机构出具的职工受伤害时初诊病历复印件及诊断证明书（住院的需提供住院记录或者出院记录），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）受到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；上下班途中受伤的，提交受伤时实际居住地址的证明；

（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，法定代表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．此表一式两份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。