

<p>受伤害职工或亲属意见：</p> <p style="text-align: center;">签字：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	
<p>用人单位意见：</p> <p style="text-align: center;">法定代表人签字：</p> <p style="text-align: center;">（公章）</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	
<p>社会保险行政部门审查资料情况和受理意见</p>	<p style="text-align: center;">经办人签字：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
	<p style="text-align: center;">审核人签字：</p> <p style="text-align: center;">（公章）</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>

工伤认定申请表

申请人：
 职工姓名：
 申请人与职工关系：
 填表日期：

填 表 说 明

1. 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，在名称处加盖公章。
3. 事业单位职工填写职业类别，企业职工填写工作岗位（或工种）类别。
4. 伤害部位一栏填写受伤的具体部位。
5. 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。
6. 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。不是职业病的，不填。
7. 受伤害经过简述，应写清事故时间、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。
 职业病患者应写清在何单位从事何种有害作业，起止时间，确诊结果。
 属于下列情况应提供相关的证明材料：
 - (1) 因履行工作职责受到暴力伤害的，提交公安机关或人民法院的判决书或其他有效证明。
 - (2) 由于机动车事故引起的伤亡事故提出工伤认定的，提交公安交通管理部门的责任认定书。
 - (3) 因工外出期间，由于工作原因受到伤害的，提交单位出差审批表；发生事故下落不明的，提交公安部门证明或人民法院宣告死亡的结论。
 - (4) 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和死亡证明。
 - (5) 属于抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，按照法律法规规定，提交有效证明。
 - (6) 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》及医疗机构对旧伤复发的诊断证明。
 对因特殊情况，无法提供相关证明材料的，应书面说明情况。
8. 受伤害职工或亲属意见栏应写明是否同意申请工伤认定，以上所填内容是否真实。
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。
10. 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的情况，是否受理的意见。

职工姓名		性别		出生年月	
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				事故地点	
事故时间				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）：					