

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。

10、申请工伤认定时需提供伤者身份证复印件、劳动合同书或者确认劳动关系证明。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-----------|------|------|--|----------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 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"/> 生物因素所致 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉口腔疾病 | <input type="checkbox"/> 职业中毒 <input type="checkbox"/> 职业性皮肤病 <input type="checkbox"/> 肿瘤 | <input type="checkbox"/> 物理因素所致 <input type="checkbox"/> 眼病 <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: (负责人) 年 月 日 | | 单位(公章) 年 月 日 | |
| 备 注 | | | |

附件一：

用人单位申请工伤认定须知

根据《工伤保险条例》第17条规定：职工发生事故伤害或者被诊断为职业病，所在单位应当自事故伤害发生之日或被诊断为职业病之日起30日内，向统筹地区社会保险行政部门提出工伤认定申请。

用人单位提出工伤认定申请应当填写《工伤认定申请表》（由社会保险行政部门提供），提供下列材料，申请材料请用A4纸复印并按以下顺序排列：

一、用人单位营业执照复印件；

二、劳动合同文本复印件或其他建立劳动关系的有效证明（工资单、工作证等）（需加盖单位公章）；

三、受伤职工身份证复印件；

四、（一）初次诊疗病历卡、出院记录等的复印件（需提供原件核对）；

（二）职业病的提供职业病诊断证明书或鉴定书（需提供原件核对）；

（三）职工死亡的，须提供死亡证明；

五、受伤职工考勤记录、单位作息时间规定；

六、证人证言（附证人身份证明）；

七、若加班，应提供加班证明；

八、申请表中有直系亲属签署申报意见的需提供亲属关系证明；

属于下列情形之一的，还应另外提供相关的证明材料：

一、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。

二、在上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故伤害提出工伤认定的，须提交公安机关出具的交通事故认定书、上下班路线图（可在地图复印件上注明，也可自行绘制）、居住地证明（与身份证居住地不一致的须提供现居住地证所在村、社区居委出具的相关证明或房产证复印件）。

三、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，认定因工死亡提交人民法院宣告死亡的结论。

四、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材料和死亡证明。

五、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。

六、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。

工伤认定办公时间：周一至周五上午8：30-11：30，
下午春秋冬季13：30-17：00，夏季14：00-17：00。

联系电话：87966029

附件二：

个人申请工伤认定须知

根据《工伤保险条例》第17条规定：职工发生事故伤害或者被诊断为职业病，所在单位应当自事故伤害发生之日或被诊断为职业病之日起30日内，向统筹地区社会保险行政部门提出工伤认定申请。

单位未在规定时间内申请工伤认定，受伤职工本人、直系亲属或工会组织，可以在事故伤害发生之日或被诊断为职业病之日起1年内，向统筹地区社会保险行政部门提出工伤认定申请。

受伤职工本人、直系亲属提出工伤认定申请应当填写《工伤认定申请表》(由社会保险行政部门提供)，提供下列材料，按以下顺序排列：

一、受伤职工本人或其亲属可凭《工伤认定申请表》到宜兴市市场监督管理局打印用人单位的工商机读档案。

二、尽可能提供劳动合同复印件或其他建立劳动关系的有效证明(如工资单、工作证等)。

三、受伤职工本人的身份证复印件：

四、(一) 初次诊疗病历卡、出院记录等的复印件(需提供原件核对)；

(二) 职业病的提供职业病诊断证明书或鉴定书(需提供原件核对)；

(三) 职工死亡的，须提供死亡证明。

五、其他劳动者的证言及其身份证复印件(至少提供两个证人)；

六、直系亲属申报的须提供亲属关系证明。

属于下列情形之一的，还应另外提供相关的证明材料：

一、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。

二、在上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故伤害提出工伤认定的，须提交公安机关出具的交通事故认定书、上下班路线图(可在地图复印件上注明，也可自行绘制)、居住地证明(与身份证居住地不一致的须提供现居住地证所在村、社区居委出具的相关证明或房产证复印件)。

三、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，认定因工死亡提交人民法院宣告死亡的结论。

四、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材料和死亡证明。

五、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。

六、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。

工伤认定办公时间：周一至周五上午8：30-11：30，
下午春秋冬季13：30-17：00夏季1：00-17：00

联系电话：87966029

附件三：

代为签收工伤认定文书授权委托书

宜兴市人力资源和社会保障局：

本人_____（身份证号：_____）

系_____单位职工，于_____年____月____日

发生事故受伤，现授权委托单位代为签收工伤认定文书。

委托人：

年 月 日

代为提出工伤认定、代为签收工伤认定文书授权委托书

宜兴市人力资源和社会保障局：

兹委托我单位职工_____（身份

证号：_____）向你局提出_____的工伤认

定申请，并代单位签收工伤认定文书。

委托单位：

年 月 日

附件四：

| 编号 | 证据名称 | 提供的打“√” | 页数 |
|----|---------------------|------------------------|----|
| 01 | 工伤认定申请表 | | |
| 02 | 受伤职工身份证 | | |
| 03 | 医疗初诊(病历、出院小结、拍片报告等) | | |
| 04 | 劳动关系相关证明 | 劳动合同 | |
| 05 | | 考勤卡、工作证、胸卡等 | |
| 06 | | 工资单 | |
| 07 | | 劳务派遣证明 | |
| 08 | | 其他能够证明劳动关系的材料 | |
| 09 | 事故证明 | 单位事故证明、事故报告 | |
| 10 | | 证人证言 | |
| 11 | 交通事故相关证明 | 交通事故认定书、交警证明 | |
| 12 | | 上下班路线图 | |
| 13 | | 作息时间、考勤记录 | |
| 14 | | 居住地证明 | |
| 15 | 其他有关证明材料 | 用人单位营业执照副本复印件或市工商局机读档案 | |
| 16 | | 亲属关系证明材料 | |
| 17 | | 授权委托书 | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |

申请提交人：_____

接收人：_____

联系电话：_____

年 月 日

年 月 日