

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):			
<p>受伤害职工或其近亲属意见:</p> <p style="text-align: right;">受伤害职工或其近亲属签字:</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>			
<p>用人单位意见:</p> <p>法定代表人签字:</p> <p>    (负责人)</p> <p>        年    月    日</p> <p style="text-align: right;">单位(公章)</p> <p style="text-align: right;">        年    月    日</p>			
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	劳动合同		
05	劳动关系相关证明	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