

申请事项：	
申请人签字： 年 月 日	
用人单位意见：	
经办人签字： (公章) 年 月 日	
人力资源 社会保障 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：	

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

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或伤情诊断。
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：工伤认定申请表；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。
- 为简化程序，提升效率，此类必要证据材料可以在提出工伤认定申请时一并提交：
- (一)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，应当提交公安机关交通管理部门出具的交通事故责任认定书，结论性意见或者人民法院的生效裁判等法律文书。
- (二)职工死亡以及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，应当提交医疗机构、公安部门出具的《居民死亡医学证明(推断)书》和医疗机构的抢救记录、病历。
- (三)职工原在军队服役，因战、因公负伤致残，已取得革命伤残军人证，到用人单位后旧伤复发的，应当提交《残疾军人证》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认结论。
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. 人力资源社会保障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，人力资源社会保障部门、申请人各留存一份。

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/伤情诊断				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)					