

编号：

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。
- 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。
- 7、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。
- 8、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。
- 9、此表填写一份，交社会保险行政部门留存。

职工姓名		性别		出生日期	年 月 日
身份证号码				个人联系电话	
家庭地址				邮政编码	
工作单位				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:

经办人签字
(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: