

# 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:

# 工伤认定申请相关权利义务告知

根据《中华人民共和国工伤保险条例》(国务院令第 586 号)、《工伤认定办法》(人社部令第 83 号)等相关文件规定, 现将工伤认定申请过程中当事人、利害关系人的相关权利和义务告知如下:

1、职工发生事故伤害或者按照职业病防治法规定被诊断、鉴定为职业病, 所在单位应当自事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起 30 日内(不含事故当日), 向统筹地区社会保险行政部门提出工伤认定申请。遇有特殊情况, 经报社会保险行政部门同意, 申请时限可以适当延长。用人单位未按规定提出工伤认定申请的, 工伤职工或者其近亲属、工会组织可自事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起 1 年内, 直接向用人单位所在地统筹地区社会保险行政部门提出工伤认定申请。

2、社会保险行政部门受理工伤认定申请后, 根据审核需要可以对事故伤害进行调查核实, 用人单位、职工、工会组织、医疗机构以及有关部门应当予以协助。用人单位违反《工伤保险条例》第十九条的规定, 拒不协助社会保险行政部门对事故进行调查核实的, 由社会保险行政部门责令改正, 处 2000 元以上 2 万元以下的罚款。

3、社会保险行政部门自受理工伤认定申请之日起 60 日内作出是否认定工伤(视同工伤)、中止、终止等决定。在此期间, 用人单位、受伤职工或利害相关人享有陈述、申辩权利, 可向社会保险行政部门继续提出事实、理由和证据, 并依法依规积极配合相关调查, 以维护自身的合法权益。因单位、受伤职工或利害相关人拒不履行配合调查义务, 或放弃陈述、申辩权利的, 由此造成的不利后果自行承担。

4、用人单位、工伤职工或者其近亲属骗取工伤保险待遇, 医疗机构、辅助器具配置机构骗取工伤保险基金支出的, 由社会保险行政部门责令退还, 处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款; 情节严重, 构成犯罪的, 依法追究刑事责任。

5、工伤认定申请人应当确认其联系地址及联系人、联系方式, 并正确填写于申请表上。

6、工伤认定申请方为用人单位的, 初次递交材料人视为受委托人; 如受伤职工或其近亲属未另附授权委托手续, 视为其委托单位办理工伤认定相关事宜(递交材料、领取文书等)。如有其他委托需求或需变更受委托人, 请附授权委托手续。

受伤害职工姓名			性别			出生年月	
公民身份证号码 (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"/> 髋部 <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"/> 职业中毒 <input type="checkbox"/> 物理因素所致 <input type="checkbox"/> 生物因素所致 <input type="checkbox"/> 职业性皮肤病 <input type="checkbox"/> 眼病 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉口腔疾病 <input type="checkbox"/> 肿瘤 <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:

本人确认本表所填内容及申报材料属实, 如经查不实, 本人愿意承担法律责任。

受伤害职工或其近亲属签字:

年    月    日

用人单位意见:

同意申请工伤认定, 确认本表所填内容及申报材料属实, 如经查不实, 本单位愿意承担法律责任。

法定代表人签字:

(负责人)

年    月    日

单位 (公章)

年    月    日

备注

## 填 表 说 明

- 1、用黑色钢笔或签字笔填写，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、公众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合同、律师事务所授权委托函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。