

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、申请人提出工伤认定申请时,应当提交受伤害职工所在单位出具的

职工姓名		性别		出生日期	年 月 日
身份证号码				联系电话	
家庭住址				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				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

经办人签字:

年 月 日

负责人签字:

社会保险行政部门审查资料和受理意见