

编号：

工伤认定申请表

申请人：

受伤害职工：

申请人和受伤害职工关系：

申请人地址：

邮政编码：

联系电话：

填表日期：

沈阳市人力资源和社会保障局监制

填表说明:

一、用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。

二、申请人为用人单位的，在首页申请人处加盖公章。

三、受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

四、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。

五、受伤害经过简述，应写清事故发生的时间、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。

六、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复印件；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。

有下列情形之一的，还应当分别提交相应证据：

（一）职工死亡的，提交死亡证明；

（二）在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力伤害等意外伤害的，提交公安部门的证明或者其他相关证明；

（三）因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的，提交公安部门的证明或者其他相关证明；

（四）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或者其他相关部门的证明；

（五）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和死亡证明；

（六）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；

（七）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》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认材料。

七、受伤害职工或亲属意见栏，应写明申请认定工伤的具体伤（病）诊断，并由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。

八、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，法人签字并加盖单位公章。

九、机关、事业单位需上级主管部门同意并加盖公章。

职工姓名		性别		出生日期	
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				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)					

受伤害职工或亲属意见:

签字:

年 月 日

用人单位意见:

法人签字 :

(公章)

年 月 日

行政主管部门审查资料情况和受理意见:

(机关、事业单位需填报此栏)

印 章

年 月 日

经办人签字:

年 月 日