工伤认定申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 |  | 申请人与受伤害从业人员关系 | □单位 □本人 □亲属 □工会组织 |
| 受伤害从业人员信息 |  | 单位信息 |
|  姓 名 |   | 单位名称 |   |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 法定代表人（负责人） |  | 工商注册地 |  |
| 家庭地址 |  | 单位地址 |  |
| 邮政编码 |  | 邮政编码 |  |
|  民 族 |  | 参 加工作时间 | 年 月 日 | 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
|  学 历 |  □博士 □硕士 □大学本科 □大学专科 □中等专科 □职业高中 □技工学校□普通中学 □初级中学 □小学 □其他 |  | 事故填写 |
| 受伤时间 |  年 月 日 时 |
| 缴费情况 |  □已参保 □未参保 | 治疗机构 |  |
| 职业或者工种 |  | 受伤部位 | □颅脑 □脑 □颅骨 □头皮 □面颌部□眼部 □鼻 □耳 □ 口 □颈部 □胸部□腹部 □腰部 □脊柱 □上肢 □肩胛部□上臂 □肘部 □前臂 □腕及手 □腕□掌 □指 □下肢 □髋部 □股骨 □膝部□小腿 □踝及脚 □踝部 □跟部□蹠部（距骨、舟骨、蹠骨） □趾 □其他 |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 职 业 病 填 写 |
| 确诊时间 |  年 月 日 |
| 诊断机构 |  |
| 职业病名称 |  | 受伤程度 |  |
|  接触有毒有害时间 | 月 |
| 事故伤害（患职业病）经过简述： |  |
| 申请事项： |

申请人承诺如实向行政机关提交有关材料和反映真实情况，并对申请材料实质内容的真实性负责。

申请人签名或盖章：

 年 月 日

填表说明：

1.用蓝、黑色钢笔或者签字笔填写，字体工整清楚，可打印。

2.单位名称、法定代表人（负责人）栏，应按提供的有效证明复印件上载明事项填写。

3.受伤害从业人员姓名、身份证号码栏，应按提供的受伤害从业人员身份证明复印件上载明事项填写

。

4.参加工作时间栏，应填写受伤害从业人员首次参加工作的时间。

5.学历栏， 按最高学历且只能选择一项填写。

6.职业或者工种栏，应按发生事故伤害或者被诊断为职业病时从事的职业或者工种填写。

7.受伤部位栏，最多可以选择五项填写，超过五项的填写伤最重的五项。受伤程度栏，根据出院小结和诊断结论填写，可填写如骨折、截肢等程度性表述。

8.职业病名称栏，应按职业病诊断书载明的填写。

9.事故伤害（患职业病）经过简述栏，发生事故伤害的，应写清事故的地点，当时所从事的工作，受伤原因以及伤害部位和具体程度，还应写明是否有目击证人；患职业病的，应写明接触有毒有害作业

10.申请事项一栏主要记述本次申请的目的。

11.申请人为个人的应当在表格下方签名，申请人为单位的应当在表格下方盖单位公章。