

附件1

编号：巴人社工伤认字〔 〕第 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：

工伤职工地址：

联系人：

联系电话：

用人单位及地址：

联系人：

联系电话：

填表日期：

巴彦淖尔市人力资源和社会保障局 制

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，在首页申请人处加盖单位公章。
3. 伤害部位一栏填写受伤害的具体部位或所患疾病。
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. 职业病名称按照职业病诊断证明书或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，不是职业病的可不填。
 6. 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。

属于下列情况应提供相关的证明材料：

 - (1)因履行工作职责受到暴力伤害的，提交公安机关证明或人民法院的判决书。
 - (2)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、火车事故引起的伤亡事故提出工伤认定的，提交公安交通管理部门的交通事故责任认定书或人民法院的判决书或其他相关部门的有效证明。
 - (3)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，提交人民法院宣告死亡的结论。
 - (4)在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者48小时之内经抢救无效死亡的，提交医疗机构的抢救记录和死亡证明及相关病历材料。
 - (5)属于抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，按照法律法规规定，提交有效证明。
 - (6)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》及医疗机构对旧伤复发的诊断证明。

对因特殊情况，无法提供相关证明材料的，应书面说明情况。
 7. 受伤害职工或近亲属、工会组织意见栏应写明是否同意申请工伤认定，以上内容是否真实。
 8. 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，单位负责人签字并加盖单位公章。
 9. 此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

职工姓名		性 别		照 片	
出生年月日		身份证号码			
工作单位					
职业、工种 或工作岗位			参加工作 时 间		
事故时间		诊断时间		伤害部位或 疾病名称	
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）：					

受伤害职工或近亲属、工会组织意见:

签字

年 月 日

用人单位意见:

负责人签字

公章

年 月 日

社会保险行政部门意见:

印章

年 月 日

备注: