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：

哈尔滨市人力资源和社会保障局

填表时间： 年 月 日

**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单位公章。

三、机关事业单位职工填写职业类别，企业职工填写工作岗位（或工种）类别。

四、受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

五、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。

六、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。不是职业病的不填写。

**七、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。

**八、提出工伤认定申请时，应当提交以下材料**：

**（一）用人单位申请**

1、受伤害职工的居民身份证；

2、医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书，（初次门诊医疗手册或住院病历），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）；

3、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；

4、企业营业执照（或用人单位组织机构代码证）复印件。

5、单位出具事故报告。

6、用人单位出具工伤人员公示、公示报告。

**（二）工伤职工个人申请**

1、受伤害职工的居民身份证；

2、医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书（初次门诊医疗手册或住院病历），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）；

3、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、人事关系的证明材料；

4、企业营业执照（或用人单位组织机构代码证）复印件。

5、受到事故伤害经过的有效证明（证人、证言等）。
　　**（三）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、在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力等意外伤害的，提交公安部门的证明或者其他相关证明；
　　3、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相关部门的证明；
　　4、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；
　　5、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证明；

6、在抢险救灾等维护国家利益、公共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《革命伤残军人证》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认。

九、申请事项栏，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并签字。
　　**十、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、经办人签字并加盖单位公章。**
　　十一、社会保险行政部门审查资料和受理意见栏，应填写补正材料或是否受理的意见。
　　十二、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 |  | 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（工伤职工或者其直系亲属）：申请人签字：年 月 日 |
| 用人单位意见：法定代表人签字： 经办人签字：（公 章）年 月 日 |
| 社会保险行政部门审查资料和受理意见 | 经办人签字：年 月 日 |
| 负责人签字：（公 章）年 月 日 |
| 备注： |

**工伤认定送达回证**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工姓名 |  | 工伤认定编号 |  |
| 经办人姓名 |  | 经办人联系方式 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 工伤认定书邮 寄 单 位信 息 | 单 位 名 称 |  |
| 地 址 |  |
| 邮 编 |  | 电 话 |  |
| 邮局回证 |

**工伤认定送达回证**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工姓名 |  | 工伤认定编号 |  |
| 经办人姓名 |  | 经办人联系方式 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 工伤认定书邮寄工伤职工信 息 | 姓 名 |  |
| 地 址 |  |
| 邮 编 |  | 电 话 |  |
| 邮局回证 |
| 注:请准确填写此表信息。工伤认定决定做出后，将依据此信息送达。 |