

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。