编 号 有无参加工伤保险：X

**工伤认定申请表**

申请人或单位：张三

受伤害职工：张三

申请人与受伤害职工关系：本人

申请日期：20XX年XX月XX日

博罗县人力资源和社会保障局 制

**重要提示：**根据《工伤保险条例》第十七条的规定，职工发生事故伤害或者被诊断、鉴定为职业病，所在单位应当自发生事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起30日内向我局提出工伤认定申请，否则，在此期间发生符合《工伤保险条例》规定的工伤待遇等有关费用由该用人单位负担。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 | | | XXX | | 性别 | | X | | 出生年月 | XXXX年XX月 |
| 身份证号码 | | | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | 联系电话 | XXXXXXXXXXXX |
| 家庭详细地址 | | | XX省XX县XX镇XX村XX号 | | | | | | | |
| 工作单位 | | | XX市XX有限公司 | | | | | | | |
| 单位联系电话 | | | XXXXXXXXXXXX | | | | | 法人代表或经办人 | | XXX |
| 单位地址 | | | XX市XX镇XX路XXX号 | | | | | | | |
| 职业、工种或工作岗位 | | | | XX | | | | | 入职时间 | 20XX年XX月X日 |
| 事故地点 | | | XXXXXXXXXXXX | | | | | | 事故时间 | 20XX年XX月XX日  XX:XX |
| 受伤害部位或疾病名称 | | | | XX | | | | | 诊断时间 | 20XX年XX月XX日  XX:XX |
| 职业病  名 称 | | XXXX  （职业病填写） | | 接触职业病  危害时间 | | XXXX  （职业病填写） | | | 接触职业病危害岗位 | XXXX  （职业病填写） |
| 受伤害经过简述（时间，地点，经过，处理情况）：    申请人于20XX年XX月XX日开始在XX市XXXX有限公司承接的XXXX工地从事XX工作。在20XX年XX月XX日XX:XX分左右，申请人在XXXX工地工作时，被XX砸到申请人XX部位，致使申请人XX被砸伤。受伤后，XX市XXXX有限公司工作人员将申请人送到XX市XX医院治疗，经检查后诊断为XXXX骨折。在XX市XX医院住院XX天后出院，现在家休养。  申请人受伤后，曾要求XX市XXXX有限公司申请工伤认定，但不予理睬。申请人不得已只能自行提起工伤认定申请。 | | | | | | | | | | |
| 受伤害职工或其近亲属意见：  同意申请工伤，以上所填内容属实。  送达方式：  □1、本人到申请地点签收。  □2、委托经办人姓名 （身份证号： ）到申请地点签收。  ☑3、邮寄送达，地址： XX市XX镇XX路XXX号 ，联系电话：13714453729 。  （本人或受委托人未到申请地点签收，也未填写邮寄地址，将按工伤认定申请表所填家庭详细地址邮寄送达）  受伤害职工或近亲属签字：XXX  XXXX年XX月XX日 | | | | | | | | | | |
| 用人单位意见：（注：用人单位应明确填写本单位意见。如用人单位未填写意见或填写意见“不属工伤”意见的，将视为认可申请人所填写内容属实，不需人社部门发出工伤认定举证通知书）    1、委托经办人姓名： （身份证号： ）  2、送达方式：  □1、法人或经办人到申请地点签收。  ☑2、邮寄送达，地址： XX市XX镇XX路XXX号 ，联系电话： XXXXXXXXXXXXXX 。  （法人或经办人未到申请地点签收，也未填写邮寄地址，将按工伤认定申请表所填单位地址邮寄送达）  法定代表人或经办人签字：  （盖单位公章）  XXXX年XX月XX日 | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |

**填表说明及提交材料清单**

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，在首页单位名称处加盖公章

三、申请人与受伤害职工关系一栏，可根据实际情况在如下几种情况中选择(1)单位:2)职工本人: (3) 职工亲属: (4) 工会组织: (5)其他

四、受伤害部位或疾病名称一栏填写受伤的具体部位。

五、诊断时间一栏，职业病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。

七、受伤害经过简述，应写清事故时间、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。职业病患者应写清在何单位从事何种有害作业，起止时间，确诊结果。

八、受伤害职工或其近亲属意见栏应写明是否同意申请工伤认定，以上所填内容是否真实。

九、用人单位意见栏，单位应签署是否同意申请工伤，所填情况是否属实，法定代表人或经办人签字并加盖单位公章。

十、单位领取决定书时，需同职工一同前往签收:职工不能前往的，要提供授权委托书

十一、申请人提出工伤认定申请，应当同时提交以下材料:

(1)劳动合同文书复印件或其他建立劳动关系的有效证明

(2》医疗机构出具的医疗诊断证明书、病历资料等，职工死亡的提交死亡证明，患职业病的提供职业病诊断证明书或者职业病诊断鉴定书(原件及复印件)

(3)受伤害职工的身份证复印件。

(4)参加工伤保险的须提供参保证明，未参加的须提供用人单位注册登记资料.

(5)受伤时在场工友的证明及其身份证复印件。

(6)委托代理的，提交委托书、代理人身份证明

十二、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，提交公安机关或人民法院的判决书或其他证明。

(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、火车事故伤害的，提交:@公安交通管理等部门的责任认定书或其他有效证明。@路线图《标明:住所地址、单位地址、出事地点、勘查人、绘图人以及日期)。@住所地户口簿或居住地证明。

(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，认定因工死亡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。(5)属于抢险救灾等维护国家利益、公众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》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认。

对因特殊情况，无法提供相关证明材料的，应书面说明情况。