

附件

编号：

省属驻济机关事业单位工作人员 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：

填表日期： 年 月 日

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:	
申请人签字: 年 月 日	
单位意见:	
经办人签字: 负责人签字: (签章) 年 月 日	
主管部门(人事部门)意见: (签章) 年 月 日	
省人力资源社 会保障厅审查 资料和受理意 见	经办人签字: 年 月 日
	负责人签字: (签章) 年 月 日
备注:	

填表说明

- 1、用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。
- 2、申请人为用人单位的，在首页申请人处加盖单位公章。
- 3、受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。
- 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、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。
- 6、申请人提出工伤认定申请时，应当提交受伤害职工的居民身份证；医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书，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）；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。
有下列情形之一的，还应当分别提交相应证据：
 - （一）职工死亡的，提交死亡证明；
 - （二）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；
 - （三）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，提交相关部门的证明；
 - （四）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；
 - （五）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，提交医疗机构的初诊、抢救证明；
 - （六）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；
 - （七）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。
- 7、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。
- 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，经办人签字并加盖单位公章。
- 9、此表一式二份，省人力资源社会保障厅、申请人各留存一份。