编号：

**工 伤 认 定 申 请 表**

申 请 人：

受伤害职工姓名：

申请人与受伤害职工关系：

申请人地址：

申请人电话及邮编：

申请日期：

江西省人力资源和社会保障厅

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月日 |  |
| 身份证号码 | |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭地址 | |  | | | 邮编号码 |  |
| 工作单位 | |  | | | 联系电话 |  |
| 单位地址 | |  | | | 邮编号码 |  |
| 用工形式 | |  | | | 参加工作时间 |  |
| 职业、工种或工作岗位 | |  | | | 事故时间  及地点 |  |
| 伤害部位  或疾病名称 | |  | | | 诊断时间 |  |
| 接触职业病  危害岗位 | |  | | | 接触职业病  危害时间 |  |
| 申请工伤或视同工伤 | | □ 工 伤 □ 视同工伤 | | | | |
| 受伤害经过简述（可附页）： | |  | | | | |
| 受伤害职工或亲属意见：  签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 用人单位意见：  法定代表人签字（印章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 人  力  资  源  和  社  会  保  障  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：  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、申请人为用人单位或工会组织的，在名称处加盖单位公章。

3、伤害部位一栏填写受伤的具体部位。

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。

　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；协议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合同或者其他建立劳动关系的证明。

有下列情形之一的，还应当分别提交相应证据：

（一）用人单位未参加工伤保险的，提交用人单位营业执照或者工商行政管理部门出具的查询证明；

（二）职工死亡的，提交死亡证明；

（三）工作时间和工作场所内，因工作原因受到事故伤害或工作时间前后在工作场所内，从事与工作有关的预备性或者收尾性工作受到事故伤害的，提交事故的相关证据材料；

（四）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，提交公安部门的证明或者相关部门的证明；

（五）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；

（六）上下班途中，受到机动车事故伤害的，提交公安机关交通管理部门的证明；不属于公安交通管理部门处理的，提交相关部门的证明；

　　（七）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；

（八）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，提交民政部门或者其他相关部门的证明；

（九）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。

7、受伤害职工或亲属意见栏应写明是否同意申请工伤，以上所填内容是否真实。

8、用人单位意见栏，单位应签署是否同意申请[工伤](http://www.ft22.com/)，所填情况是否属实，法定代表人签字并加盖公章。个人申报的，本栏不填。

9、工会组织代表为受伤害职工申请工伤认定的，在备注栏写明所填内容是否真实，并签字、盖章。

　　10、人力资源和社会保障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通知书的文书编号。

11、此表一式二份，人力资源和社会保障行政部门、申请人各留存一份。