

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) 受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。
- (四) 诊断时间一栏，职业病者，按职业病确诊时间填写；受伤或者死亡的，按初诊时间填写。
- (五) 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，诊断结果。
- (六) 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：
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。
- (七) 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。
- (八) 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。
- (九) 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) 此表向社会保险行政部门提交一份。



许昌工伤保险
微信公众号

编 号：

许昌市工伤认定申请表

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	年 月 日	近期 一寸 免冠 照片
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		
参保情况	☐ 省直参保； ☐ 市直参保； ☐ 未参加工伤保险； 县（市、区）参保： ☐ 魏都区； ☐ 建安区； ☐ 禹州市； ☐ 长葛市； ☐ 鄢陵县； ☐ 襄城县					
受伤害经过简 述 （可附页）						

申请事项： 上述所填情况属实，申请人愿意承担相关法律责任。申请人自愿选择以下第_____项方式签收 工伤认定相关文书： 1. 受伤职工签收，联系电话：_____ 邮寄地址：_____ 2. 委托用人单位经办人员签收。 3. 委托_____签收，身份证号码：_____ 联系电话：_____ 邮寄地址：_____	
受伤职工或其近亲属签字（按指模）： 年 月 日	
用人单位意见： 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
	经办人签字： 年 月 日
备注：	