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：**

**申请人地址：**

**邮 政 编 码：**

**联 系 电 话：**

**填 表 日 期：**   **年 月 日**

**北京市人力资源和社会保障局**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | 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 | |
| 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 |
| 负责人签字：  （公章）  年 月 日 |
| 备注： | |

**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，

确诊结果。

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诊断证明书、就诊病历、职业病诊断证明书或者职业病诊断鉴定书等医学文件；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。申请人提交的诊断证明书、就诊病历、职业病诊断证明书或者职业病诊断鉴定书应当符合国家规定的格式和要求。

七、申请人提出工伤认定申请，应当按照《条例》第十八条的规定提交材料，并附具下列相关证明：

（一）属于《条例》第十四条第（一）、（二）、（五）项情形的，附具伤害证明或者下落不明的事故证明；

（二）属于《条例》第十四条第（三）项情形的，附具伤害证明或者司法机关出具的相关法律文书；

（三）属于《条例》第十四条第（六）项情形的，附具司法机关、公安机关交通管理、交通运输、

铁道等部门或者法律、行政法规授权组织出具的相关法律文书；

（四）属于《条例》第十五条第（一）项情形的，附具医疗机构出具的抢救记录；

（五）属于《条例》第十五条第（二）项情形的，附具相关单位出具的证明；

（六）属于《条例》第十五条第（三）项情形的，附具革命伤残军人证及医疗机构出具的旧伤复发诊断证明。

职工死亡的，应当同时附具死亡证明。

八、申请事项栏，受伤害职工或者其近亲属、工会组织应写明提出认定或者视同为工伤的申请并签字。用人单位申请的，应注明提出认定或者视同为工伤申请并签章。

九、用人单位意见栏，应签署是否同意申请认定为工伤，所填情况是否属实，经办人签字并加盖单位公章。

十、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。

十一、此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。