

编号： (空着)

证件照
(彩色)

工伤认定申请表

申请人： 长安大学 (加盖校章)

受伤害职工： XXX (受伤本人)

申请人与受伤害职工关系： 在编职工

填表日期： 年 月 日 (填表实际日期)

职工姓名		性别		出生日期	X 年 X 月 X 日
身份证号码				用工形式	正式编制
个人参保编号 (省)	咨询人事处社保办			联系电话	
家庭地址				邮政编码	
工作单位	长安大学 XX 部门			联系电话	
单位地址	西安市南二环路中段			邮政编码	710064
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	以诊断证明上时间为准
受伤害部位 (医院诊断结 论)	填写受伤害的具体部位			职业病 名称	非职业病者不填
接触职业病 危害岗位	非职业病者不填			接触职业 病危害 时间	非职业病者不填
受伤害经过简 述 (可附页)	写明事故发生时间、地点,当时所从事工作,受伤害原因以及受伤害部位及程度。				

<div>申请事项：</div> <div>受伤害职工或者其近亲属签字：</div> <div>年 月 日</div>	
<div>用人单位意见：</div> <div>空着</div> <div>负责人签字</div> <div>（公章）</div> <div>年 月 日</div>	
<div>人事处（干部处、办公室、政治处）意见：</div> <div>空着</div> <div>负责人签字：</div> <div>经办人签字：</div> <div>年 月 日</div>	
社会 保险 行政 部门 审 查 资 料 和 受 理 意 见	<div>空着</div> <div>经办人签字：</div> <div>年 月 日</div>
	<div>空着</div> <div>负责人签字：</div> <div>（公章）</div> <div>年 月 日</div>
<div>备注：</div>	

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，提交公安部门的证明或者相关部门的证明；
 - （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、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。
- 10、此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。