

工 伤 认 定 申 请 表

申请人：单位全称

此处加盖
单位公章

受伤职工：伤者姓名

此处用人
单位加盖
骑缝章

申请人与受伤职工关系：劳动关系

填表日期： 年 月 日（日期可以到现场申请的时候填写）

职工姓名	受伤职工姓名	性别	男	出生日期	X年X月X日
身份证号码	伤者有效身份证号码			联系电话	受伤职工 本人手机号 (或者家属手机号)
家庭地址	伤者现居住地址			邮政编码	XXXXXX
工作单位	单位全称			联系电话	单位座机或者老板的手机号
单位经办人	单位经办人姓名			联系电话	单位经办人 手机号
单位地址	单位营业执照住所地址			邮政编码	XXXXXX
职业、工种 或 工作岗位	生产车间：普工			参加工作时间	在本单位参加工作的时间
事故时间、地点及主要原因	时间：2022年X月X日， 地点：在xx公司A车间， 原因：操作机器时，压伤手指。			诊断时间	填初次诊断的时间
受伤害部位	左手手指			职业病名称	

此处用人
单位加盖
骑缝章

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）	202X年X月X日X时X分（请用24小时制填写时间，如：13时10分）左右；受伤职工XXX（伤者姓名）在xx公司A车间，从事XXX机器操作进行生产工作时，被XXX机器压伤左手手指。		
申请事项：（必填） 申请工伤认定 申请人签字：这里受伤职工签字按指印 202X年X月X日 （本栏由受伤职工或者其近亲属、工会组织填写）			

此处用人单位加盖骑缝章

用人单位意见：（必填）

情况属实，同意申请工伤认定

经办人签字：这里单位授权的
经办人签字

此处
用人单位
加盖公章

202X年X月X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

此处用人
单位加盖
骑缝章

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,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,提交医疗机构或者公安机关出具的死亡证明;

(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、人民法院生效裁判文书或者其他有效证明;

(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,提交公安机关的证明或者相关部门的有效证明;

(四)在上下班途中,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、法律法规授权组织出具的具有结论性意见的责任认定文书或者人民法院生效的裁判文书;

(五)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出具的有效证明;

(六)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材料。

7、申请事项栏,应写明受伤职工或者其近亲属、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。

此处用人单位加盖骑缝章

此页提交受伤职工有效期内的身份证正反面
复印件（复印件请单位加盖公章）

模板仅供参考

此页请提交职工截止目前所有的有医院盖章
的诊断证明（包括初次诊断刚和后续治疗的）
申请时，提交诊断原件核实后，收复印件（
所有复印件请单位加盖公章）

模板仅供参考

关于职工（姓名）受伤的情况说明

一、受伤职工基本信息

职工（姓名），性别：男/女；身份证号：填职工有效身份证号码；系本单位 XX 车间操作工人。主要负责本单位 XX 车间产品加工工作；

上班地址：成都市 XX 区 XX 路 XX 号；

上下班时间为：X:00-X:00。

二、事故发生经过

202X 年 X 月 X 日 X 时 X 分左右（尽可能写详细时间），职工（姓名）在公司 XX 车间进行 XX 机器操作时，因为 XX 原因（原因写详细一点），导致职工（XX 部位）受伤。

三、处置情况

（此处填写职工受伤后，单位对于此事的处理情况，以及员工就医的相关情况，在哪些医院就医的按时间顺序写清楚、详细。）

四、其他情况

（此处可填写单位对职工受伤事实的态度。）

*单位承诺上述所有内容真实有效，并承担由此产生的法律责任。（最后必须附上这段话）

请在此处加盖单位公章，
若有翻页，请打印双面或者
加盖骑缝章

202X 年 X 月 X 日

证人证言材料（单位不盖章）

证明人姓名： 证人姓名 联系方式：（必填）
身份证号码： （必填）
工作单位：（必填）
岗位/职务：（必填） 与被证明人关系：（必填）

我叫（姓名），是XX公司的员工。202X年X月X日X时X分左右，我在公司XX生产车间进行XX机器操作时，（受伤职工姓名）在我旁边机器上工作，突然听到他“哎呀，遭了！”大叫一声，我转头看见他满手都是血，立刻报告给车间主管（姓名），随后（姓名）开车送伤者去医院治疗。

（证人需要按照自己亲眼所看到的事实来写证人证言，怎么知道的据实写；事发之后才知道的也据实写，怎么得知的写清楚）

（本人承诺上述所有内容真实有效，并承担由此产生的法律责任。）

证明人签字（盖指印）：（必填）

时间：（必填）

备注：提交时应附证明人身份证复印件或其他法定身份证明

此页提交单位有效期内的营业执照、工商信息查询单、事业单位法人证书、统一社会信用代码证书（任选其一，根据单位性质提交上述资料，提交复印件加盖单位公章）

模板仅供参考

单位授权委托书

委托人：（这里填写单位全称）

法定代表人：

被委托人：（这里填写经办人的名字）

身份证号码：（这里填写经办人的身份证号码）

工作单位：（这里填写经办人的身份证号码）

职务：

联系电话：（这里填写经办人的手机号码）

我单位现授权委托上列人员前来办理受伤职工姓名工伤认定、劳动能力鉴定的相关事项。

被委托人在办理上述事项过程中所签署或领取的相关文件，处理与之有关的确认文书送达地址、接受询问调查等相关事务，我单位均予以认可，并承担相应的法律责任。

（单位名称）

盖章

（请在此处加盖单位公章，有法人章的请一并盖上）

年 月 日

备注：授权委托书需提交被委托人身份证复印件。

个人授权委托书（单位不盖章）

委托人：（这里填写受伤职工的姓名或者直系亲属的名字）

身份证号码：（这里填写上述人员的身份证号码）

联系电话：（这里填写上述人员的手机号码）

被委托人：（这里可以填单位经办人或者个人委托的其他的人）

身份证号码：（这里填写上述人员的身份证号码）

联系电话：（这里填写上述人员的手机号码）

本人（受伤职工或者直系亲属）现授权委托上列人员前来办理受伤职工姓名工伤认定、劳动能力鉴定的相关事项。

被委托人在办理上述事项过程中所签署或领取的相关文件，处理与之有关的确认文书送达地址、接受询问调查等相关事务，本人均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托人：（签字并按手印）

被委托人：（签字并按手印）

年 月 日

备注：提交时应附被授权人的身份证复印件或其他法定身份证明。

成都市温江区人力资源和社会保障局

文书送达地址及送达方式确认书

案由	请填写受伤职工姓名 工伤认定案		
告知事项	1. 为保证工伤认定程序顺利进行，应当提供准确的送达地址。 2. 经确认的送达地址适用于整个工伤认定程序。 3. 如送达地址有变更，应当在工伤认定程序期间内以书面形式及时更正。 4. 代理人确认的送达地址视为当事人确认的送达地址。 5. 若提供的送达地址不准确、送达地址变更未及时更正导致相关文书未能被受送达人实际接收，直接送达的，文书留在该地址之日为送达之日；邮寄送达的文书被退回之日为送达之日；电子送达的，送达日期以传真、电子邮件等到达受送达人指定系统的日期为准。 6. 由他人代收文书的，代收之日即为送达之日。		
受送达人信息确认	当事人（单位）	用人单位名称：必填（单位全称） 联系电话：填能够打通的座机或者负责人电话	
	委托代理人：	单位经办人A姓名	联系电话： 经办人A联系电话
送达地址确认	当事人送达地址（单位）：	填单位能收到快递的地址	
	委托代理人送达地址：	写单位经办人A的收件地址（前提要有单位授权委托书）	
	其他指定人受送达人送达地址：	如果单位委托了经办人B（前提要有单位授权委托书），也可以填写经办人B的收件地址（前提是经办人A无法收到时，我们会邮寄给经办人B），此项可以不填。	
电子送达方式及送达地址确认	当事人同意人社部门采用电子送达方式送达工伤认定的相关文书。	通过邮箱接收的电子邮箱地址：非必填项 或请提供收件的传真号码：非必填项	
	委托代理人同意采用电子送达方式送达工伤认定的相关文书。	通过邮箱接收的电子邮箱地址：非必填项 或请提供收件的传真号码：非必填项	
送达信息确认	本人或本单位已经仔细阅读（听明白）本确认书的告知事项，并保证提供上述信息栏中的各项内容真实、准确、有效，愿意承担因信息错误或不实导致的不利后果，我同意成都市温江区人力资源和社会保障局按照我所选择的方式或采取其它合法方式向我送达工伤认定相关文书。		
	当事人：单位盖公章	年	月 日
	委托代理人：经办人签字按指印	年	月 日

成都市温江区人力资源和社会保障局

文书送达地址及送达方式确认书

案由	请填写受伤职工姓名 工伤认定案		
告知事项	1. 为保证工伤认定程序顺利进行，应当提供准确的送达地址。 2. 经确认的送达地址适用于整个工伤认定程序。 3. 如送达地址有变更，应当在工伤认定程序期间内以书面形式及时更正。 4. 代理人确认的送达地址视为当事人确认的送达地址。 5. 若提供的送达地址不准确、送达地址变更未及时更正导致相关文书未能被受送达人实际接收，直接送达的，文书留在该地址之日为送达之日；邮寄送达的文书被退回之日为送达之日；电子送达的，送达日期以传真、电子邮件等到达受送达人指定系统的日期为准。 6. 由他人代收文书的，代收之日即为送达之日。		
受送达人信息确认	当事人（个人）	受伤职工：受伤职工 联系电话：填能够打通的受伤职工本人电话	
	委托代理人：	职工委托的人	联系电话：被委托人联系电话
送达地址确认	当事人送达地址（个人）：	填受伤职工能收到快递的地址，如：四川省成都市温江区XX街道XX号	
	委托代理人送达地址：	写被委托人的收件地址（前提要有个人授权委托书）	
	其他指定人受送达人送达地址：	如果受伤职工委托给了其他人，此处请填写有个人委托书的人的收件信息。（这种情况下，上一栏可以不填）	
电子送达方式及送达地址确认	当事人同意人社部门采用电子送达方式送达工伤认定的相关文书。	通过邮箱接收的电子邮箱地址：非必填项 或请提供收件的传真号码：非必填项	
	委托代理人同意采用电子送达方式送达工伤认定的相关文书。	通过邮箱接收的电子邮箱地址：非必填项 或请提供收件的传真号码：非必填项	
送达信息确认	本人或本单位已经仔细阅读（听明白）本确认书的告知事项，并保证提供上述信息栏中的各项内容真实、准确、有效，愿意承担因信息错误或不实导致的不利后果，我同意成都市温江区人力资源和社会保障局按照我所选择的方式或采取其它合法方式向我送达工伤认定相关文书。		
	当事人：受伤职工本人签字按指印	年	月 日
	委托代理人：被委托人签字按指印	年	月 日

请注意单位申请需要填写两份文书送达地址及送达方式确认书（一份是单位送达，另一份是个人送达）。