模版1：

**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 |   |
| 身份证号 |   | 联系电话 |   |
| 家庭住址 |   | 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 |   |
| 伤情诊断 |   |
| 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）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 |
| 社会保险行政部门受理意见 |  (公 章) 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的诊断证明书，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。

模版2

**工伤事故申报公示情况反馈表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **伤（亡）****职工姓名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **工 种** |  |
| **事故发生 地 点** |  | **事故发生时 间** |  |
| **事故发生简要经过** |  |
| **公示地点** |  | **公示时间** |  |
| **公示结果** |  |
| **单位意见** | **法定代表人签字：** **年 月 日****（单位盖章）** |

填写说明：

1、“公示地点”应为事故发生地或死亡职工生前主要工作场所；

2、公示时间应不少于5天；

3、公示表应当写明持异议者可直接拨打单位纪检监察部门电话或市人力资源和社会保障局工伤和失业保险科电话（0379-69933321）；

4、“公示结果”应为“无异议”、“有异议”两种，公示结果有异议的应当按要求由单位纪检监察部门进行调查核实并出具报告；

5、单位意见应为“事故情况属实”或“事故情况不属实”。

模版3

**证 人 证 言**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **证人基本情况** | 姓 名 | 　 | 身份证号码 |  |
| 与受伤职工关系 | 　 | 电话或手机（有效号码） |  |
| 性 别 | 　 | 工作单位（项目）名称 |  |
| 工种 | 　 | 工作单位（项目）地址 |  |
| **受伤职工工作情况** | 发生事故详细时间 | 　 | 事故地点 |  |
| 工种 | 　 | 工作单位（项目）名称 |  |
| 工作班次 | 　 | 工作单位（项目）地址 |  |
| **职工受伤经过** |  |
|
|
| **诚信保证** | **本人保证所做证明真实无误。如有虚假，本人愿承担由此引起的一切后果和法律责任。** **签名：（手印）****日期： 年 月 日** |

填表说明：

1.“工作班次”应为事故发生时，证人、受伤职工所处工作班次；

2.证人身份证复印件附后；

3.在“职工受伤经过”栏，证人本人用蓝或黑墨水钢笔填写（可加附页），要写清事故时间、地点，当时所从事的工作，受伤害的原因、伤害部位及当时的表现，证人本人必须签字、按手印及签字日期（原件）；

 模版4

**拟定工亡职工公示情况反馈表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **亡者姓名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **工 种** |  |
| **事故发生 地 点** |  | **事故发生时 间** |  |
| **公示地点** |  | **公示时间** |  |
| **公示结果** |  |
| **单位意见** | **法定代表人签字：** **年 月 日****（单位盖章）** |

填写说明：

1、“公示地点”应为事故发生地或死亡职工生前主要工作场所；

2、公示时间应不少于5天；

3、公示表应当写明持异议者可直接拨打单位纪检监察部门电话或市人力资源和社会保障局工伤和失业保险科电话（0379-69933321）；

4、“公示结果”应为“无异议”、“有异议”两种，公示结果有异议的应当按要求由单位纪检监察部门进行调查核实并出具报告；

5、单位意见应为“事故情况属实”或“事故情况不属实”。

 模版5

|  |
| --- |
| 拟认定工亡职工近亲属信息情况表 |
| 序号 | 与拟认定工亡职工关系 | 姓名 | 身份证号码 | 现详细住址 | 手机号码 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 近亲属只填《民法典》规定的第一顺序继承人即：配偶、父母、子女相关信息。 |