工伤认定申请表

申请主体：□用人单位 □受伤害职工 □职工近亲属 □工会

用人单位：

单位地址：

单位联系人： 联系电话：

受伤害职工姓名： 性别：□男/□女

身份证号：

工作岗位： 是否参加工伤保险：□是/□否

职工联系电话： 农民工：□是/□否

事故时间： 年 月 日

诊断时间： 年 月 日

吉林省人力资源和社会保障厅制

填表日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| 受伤害部位或职业病名称：  按照门诊诊断书或者出院诊断书上写 |
| 受伤害经过简述：  按照事故调查报告中 “年 月 日 时 分， 同志在 地点工作时（详细叙述受伤原因及经过），伤后立即送入 医院治疗，诊断结论为： （门诊诊断书或出院诊断书中结论，只认伤不认疾病）。”填写 |
| 受伤害职工或近亲属意见：  填同意工伤认定申请  申请人签字（手印）：伤者签名按手印  年 月 日 |
| 用人单位意见：  填同意  经办人签字（公章）:经办人签字 加盖单位公章  年 月 日 |
| 社会保险行政部门审查资料和受理意见：    受理人： 负责人：  年 月 日 |

注：此表A4纸正反页打印，由申请人填写一份，社会保险行政部门留存。