编号：

**青岛市工伤认定申请表**

申请人：

受伤害职工： 申请人与受伤害职工关系：

是否参保：□是　□否　 受伤害职工社保编号：

单位名称：

单位注册地址：

单位通讯地址：

单位法定代表人： 单位联系人：

单位联系电话： 单位联系人手机：

 填表时间：年 月 日

青岛市人力资源和社会保障局监制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 身份证地址 |  | 职工固话号 |  |
| 现住址 |  | 职工手机号 |  |
| 工作岗位 |  | 参加工作时间 |  |
| 事故时间 |  | 事故地点 |  | 伤害部位 |  |
| 接触职业病危害时间 |  | 接触职业病危害岗位 |  | 职业病名称 |  |
| 初诊医疗机构 |  | 初诊时间 |  | 门诊号 |  |
| 住院号 |  |
| 受伤害经过简述（可附页）： |
| 受伤害职工或近亲属（或所在单位工会组织）意见:以上所填情况属实，本人认为符合工伤（视同工伤）认定条件，同意申请工伤认定。本人自愿选择（□委托单位代领；□自行领取）作为本次工伤认定过程中的各项法律文书的送达方式。（注：请在您选择的□内打√并摁手印。）其他： 签字(手印）： 与受伤害职工关系： 年 月 日 |
| 用人单位意见：法人代表人签字：经办人：　　　　（章） 年 月 日 | 按项目参保总包单位意见：　　　　　　　　　　　　　　经办人：　　（章）　　　　　　年　月　日 |
| 主管部门意见（机关事业单位填写）：　　　　 主管部门组织人事（政工）负责人签字： （章） 　　 年 月 日 |
| 备 注： |

**特 别 提 示**

《工伤保险条例》第17条规定：用人单位应当自事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起30日内提出工伤认定申请。用人单位未按规定提出工伤认定申请的，工伤职工或者其近亲属、工会组织在事故伤害发生之日或者职工被诊断、鉴定为职业病之日起１年内，可以直接向统筹地区社会保险行政部门提出工伤认定申请。用人单位未在规定的时限内提交工伤认定申请，在此期间发生符合《工伤保险条例》规定的工伤待遇等有关费用由用人单位负担。

申请人可以通过网上工伤申报先行备案，网址为：[http://www.qdhrss.gov.cn](http://www.qd12333.gov.cn)。

**填 表 说 明**

**1．**请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，需在“申请人”处加盖公章。

**3．**伤害部位一栏填写受伤的具体部位。

**4．**初诊时间一栏，职业病的，按职业病确诊时间填写；受伤或死亡的，按初诊时间填写。

**5．**职业病名称按照职业病诊断证明书或者鉴定书上名称填写，接触职业病危害时间按实际接触时间填写。

**6．**受伤害经过简述，应写清事故发生时间、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。职业病患者应写清在何单位从事何种有害作业，起止时间，确诊结果。

**7．**提出工伤认定申请应当填写本申请表，并提交以下材料原件及复印件（留存复印件）：

⑴受伤害职工身份证明；

⑵职工受伤害或者诊断患职业病时与用人单位之间的劳动合同或者事实劳动关系、人事关系等有效证明材料（如不能提供劳动关系、人事关系证明材料，可以通过仲裁机构予以确认）；

⑶受伤后就医的诊断证明书、初诊门诊病历、住院病历、出院记录等，属职业病的提供合法有效的职业病诊断证明书或鉴定书；

⑷两名以上证人的书面证言（摁手印）及证人身份证；

属于下列情况应提供相关的证明材料：

⑴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、人民法院的判决书或其他有效证明。

⑵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相关部门的证明；

⑶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工具、客运轮渡、火车事故伤害的，提交公安交通管理部门或其他主管行政部门的事故责任认定证明。

⑷职工死亡的，提交死亡相关证明；

⑸属于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；

⑹属于因战、因公负伤致残的转业、复员军人，旧伤复发的，提交民政部门颁发的《革命伤残军人证》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认证明；

⑺近亲属代表伤亡职工提出工伤认定申请或在意见栏中签署意见的，提交有效的近亲属关系证明；

⑻申请人为受伤职工所在单位工会组织的，应当提交工会介绍信，经办人身份证明；

⑼受伤职工委托代理提出工伤认定申请的，需提交委托代理授权书；

⑽用人单位未参加工伤保险的，应当提交营业执照副本或者工商行政管理部门出具的查询证明。

8.受伤害职工或近亲属意见栏应仔细阅读表格内提示并按照要求填写。

9.用人单位意见栏，应签署情况是否属实和是否同意申请工伤，并加盖单位公章和经办人签字。

10.主管部门意见栏，应签署是否同意申请工伤，由组织人事部门负责人签字并加盖主管部门单位公章。

请务必用A4纸打印。