**职工工伤事故备案表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称（盖章） |  | 法定代表人 |  |
| 单位性质 |  | 主管部门 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址及邮编 |  |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 社会保障号码 |  | 职业/工种/工作岗位  |  |
| 事故发生时间 |  | 参保情况 |  |
| 受伤害经过、医疗救治的基本情况和诊断时间、诊断结论： |
| 证人姓名、身份证号码 |  |
| 救治医疗单位名称 |  |

注：自事故发生之日起2日内由用人单位向统筹地区社会保险行政部门报送此表一份。如遇节假日或特殊情况，需24小时内电话通知人力资源和社会保障行政部门。

用人单位应当自职工发生事故伤害或被诊断、鉴定为职业病之日起30日内，向统筹地区社会保险行政部门提出工伤认定申请。如遇特殊情况，经报社会保险行政部门同意，申请时限可以适当延长，但最长不得超过30日。如未在上述规定时限内提交的，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。