申请工伤认定请认真阅读附件 1《工伤认定申请材料告知单》,并根据职工受伤的情况按照材料告知单所述准备材料!!(材料告知单所述需准备的材料为基本材料,其他需要补充的材料则以实际收到材料后，由工作人员根据每个人的情况再告知补充)

申请工伤认定时限:公司或者单位申请必须在受伤职工受伤之日 30 日内提交申请材料，超过 30 日则由受伤职工本人申请，本人申请必须在受伤之日一年内提交申请材料。

附件：1、《工伤认定申请材料告知单》

2、《工伤认定申请表》共 4 面，一式两份，双面打印

3、证人证言模板（至少两名证人）

4、《工伤认定申请表》填写模板及注意事项

# 工伤认定申请材料告知单

**申请人需提交相应材料（以下材料一式两份）**

1、工伤认定申请表；受伤害职工的居民身份证复印件（正反）；

2、医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书，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；（每一张均需加盖医院的章，并提交复印件即可）

3、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事实劳动、人事关系的证明（如：工资表、工牌、考勤表、出入证等，机关事业单位提供编制册）；

4、至少两人旁证原始材料（需签字、手印和旁证人身份证复印件，证人证言需提交原件）；

5、企业营业执照或组织机构代码复印件（如公司不提供则需上网搜索下载公司的信息打印出来提交）；

**有下列情形之一的，还应当分别提交相应证据：**

1、职工死亡的，提交死亡证明；

2、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；

3、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；

4、**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法律文书**；

5、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；

6、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；

7、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鉴定结论书。

赣州蓉江新区党群工作部

单位地址：赣州蓉江新区融媒体中心二楼208 联系电话：0797-8165096

编号:

# 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:

申请人地址:

邮政编码:

联系电话:

填表日期:

赣州市人力资源和社会保障局制

# 填　报　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. 机关、事业单位职工填写职业类别，企业职工填写工作岗位（或工种）类别。

4. 伤害部位或疾病名称一栏填写受伤的具体部位，职业病患者填写职业病名称。

5. 事故地点填写事故发生的具体地点，职业病患者填写接触职业病危害的工作场所。

6. 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。

7. 职业病名称按照职业病诊断证明书或者职业病诊断鉴定书填写，接触职业病危害时间按实际接触时间填写。不是职业病的不填。

8. 受伤害经过简述，应写清事故时间、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。

9. 申请人提出工伤认定申请时，应提供受伤害职工的居民身份证（核验）；协议医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书，或者依法承担职业病诊断的医疗机构职业病诊断证明书（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（如：工资表、工牌、考勤表、出入证等，机关事业单位提供编制册）；证人证词（需提供签字确认的原件，并提供证人身份证明核验）；提供用人单位的营业执照信息（核验）；委托书（需提供委托书原件，并提供受委托人身份证明核验）。

10. 有下列情形之一的，还应分别提交相应证据:

（1）职工死亡的，提交死亡证明;

（2）在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力意外伤害的，提交证明材料;

（3）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，提交证明材料;

（4）受到交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的，提交证明材料；上下班途中受伤的，提交受伤时实际居住地址的证明;

（5）在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者在 48 小时之内经抢救无救死亡的，提交死亡证明;

（6）在抢险救灾维护国家利益、公众利益活动中受到伤害的，提交证明材料;

（7）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》及医疗机构对旧伤复发的诊断证明。

10. 申请事项栏，应写明受伤害职工或者其近亲属、工会组织提出工伤或工亡认定申请并签字。

11. 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，法定代表人签字并加盖单位公章。个人申报的，本栏可不填。

12. 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。

13. 工会组织代表为受伤害职工申请工伤认定的，在备注栏写明所填内容是否真实，并签字盖章。

14. 此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 职工姓名 | | 性别 | | 出生年月 | |
| 身份证号码 | | | | 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 | | | | 伤害部位或疾病名称 | |
| 事故地点 | | | | 事故或职业病诊断时间 | |
| 接触职业病危害岗位 | | | | 接触职业病危害时间 | |
| 申请工伤或视同工伤 | □工 伤 | | | □ 视同工伤 | |
| 受伤害经过简述（可附页）: | | | | | |

| |
|---|
| 受伤害职工或亲属意见:<br><br>签字:<br>年　　月　　日 |
| 用人单位意见:<br><br>法定代表人签字(单位印章):<br>年　　月　　日 |
| 社会保险行政部门审查资料和受理意见:<br><br>印章<br>年　　月　　日 |
| 备注: |

# 证人证言

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 证人姓名 | | 性别 | | 职务或岗位 | |
| 身份证号 | | | | 与受伤人员关系 | |
| 工作单位名称 | | | | 证人电话号码 | |
| 是否现场目击 | | | | 受伤害人员姓名 | |

**简述经过**（证人以第一人称写清事故时间、地点、证人和伤者当时所从事的工作、证人何时何地看到的伤者受伤的情况、伤害部位和程度等）

**本人郑重承诺：以上证明内容完全属实，如有虚假，本人自愿承担一切法律责任。**

证人签名按手印：

年　月　日

**（附证人身份证复印件）**

备注：至少两人证人证言原始材料。

（填写模板，填表时可参考）

# 工 伤 认 定 申 请 表

申　请　人：公司全称/XXX（本人申请的话填写受伤职工姓名）

受伤害职工：XXX

申请人与受伤害职工关系：劳动关系/本人

申请人地址：营业注册地/身份证地址

邮政编码：

联系电话：

填表日期：

赣州市人力资源和社会保障局制

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 职工姓名 | | 性别 | | 出生年月 | |
| 身份证号码 | | | | 联系电话 | 有效联系方式 |
| 家庭住址 | | | | 邮政编码 | |
| 工作单位 | 公司全称 | | | 联系电话 | 有效联系方式 |
| 单位地址 | 营业注册地 | | | 邮政编码 | |
| 职业、工种或工作岗位 | | | | 伤害部位或疾病名称 | |
| 事故地点 | | | | 事故或职业病诊断时间 | |
| 接触职业病危害岗位 | 非职业病不填 | | | 接触职业病危害时间 | 非职业病不填 |
| 申请工伤或视同工伤 | □工 伤 | | | □ 视同工伤 | |
| 受伤害经过简述（可附页）：XXXX 年 XX 月 XX 日 XX 时 XX 分左右，本人 XXX 在 XX 地方因 XX 原因导致受伤，伤及何处，受伤后第一之间如何处理的。 | | | | | |

| |
|---|
| 受伤害职工或亲属意见:<br><br>情况属实，申报工伤<br><br>签字：本人签字按手印<br>年　　月　　日 |
| 用人单位意见:<br><br>情况属实，同意申报<br><br>法定代表人签字(单位印章)：用人单位盖章<br>年　　月　　日 |
| 社会保险行政部门审查资料和受理意见:<br><br>印章<br>年　　月　　日 |
| 备注: |