# **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：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  |  |
| 工作单位 |  |  |
| 联系电话 |  |  |
| 职业、工种 或工作岗位 |  | 参加工作 时间 |  | 申请工伤或 视同工伤 |  |
| 事故时间 |  | 诊断时间 |  | 伤害部位或疾病名称 |  |
| 接触职业病危害时间 |  | 接触职业病危害岗位 |  | 职业病名称 |  |
| 家庭详细地址 |  |
| 受害经过简述（可附页）： |
| 受伤害职工或亲属意见：签字：            年    月    日 |
| 用人单位意见：法定代表人签字：        (印章)    年    月    日 |
| 劳动保障行政部门审査资料情况和受理意见：(印章)    年    月    日 |
| 备注： |