**编号：**

**职 工 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：**

**填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **职工姓名** |  | **性别** |  | **出生日期** |  |
| **身份证号码** |  | **联系电话** |  |
| **家庭地址** |  | **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** |  | **参加工作 时 间** |  |
| **事故时间、****地点及****主要原因** |  | **诊断时间** |  |
| **受伤害部位** |  | **职业病****名称** |  |
| **接触职业病****危害时间** |  | **接触职业病危害岗位** |  |
| **受伤害经过简述（可附页）：** |

|  |
| --- |
| **申请事项：****申请人签字：** **年 月 日** |
| **用人单位意见：** **经办人签字：** **（公章）****年 月 日** |
|  **社会保险行政部门****审查资料和受理意见** |  **经办人签字：****年 月 日** |
| **负责人签字：****（公章）****年 月 日** |
| **备注：** |