**编号：**

**职 工 工 伤 认 定 申 请 表**

**申请人：**XXXXX公司（单位）或XX（个人）

**受伤害职工：**张三

**申请人与受伤害职工关系：**劳动关系或本人等其他关系

**填表时间：**xxxx**年**xx**月**xx**日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **职工姓名** | 张三 | **性别** | **男** | **出生日期** | xxxx年xx月xx日 |
| **身份证号码** | 3708×××××××××××××× | | | **联系电话** | 138×××××××× |
| **家庭地址** | xx市xx（县、区）xx路xxx街道xx号xx楼 | | | **邮政编码** | **xxxxxx** |
| **工作单位** | **xxxxxx** | | | **联系电话** | 138×××××××× |
| **单位地址** | xx市xx（县、区）xx路xx号xxxx公司（单位） | | | **邮政编码** | **xxxxxx** |
| **职业、工种**  **或工作岗位** | xx工 | | | **参加工作 时 间** | xxxx年xx月 |
| **事故时间、**  **地点及**  **主要原因** | xxxx年xx月xx日xx时xx分，xxx在xxx地点 | | | **诊断时间** | xxxx年xx月xx日 |
| **受伤害部位** | xxxx部 | | | **职业病**  **名称** | xxxx（例：矽肺） |
| **接触职业病**  **危害时间** | xxxx年xx月xx日 | | | **接触职业病危害岗位** | xxxx（例：掘进工） |
| **受伤害经过简述（可附页）：**  xxxx年xx月xx日xx点xx分左右，xxxx公司xx车间员工张三，在车间xx时，由于xxxx，不慎xxxx受伤，当时被xx送往xx医院治疗，经医院诊断为：xxxx伤。  或 xxxx年xx月xx日xx点xx分左右，xxxx公司xx员工张三在上（下）班途中，行驶至xxx处，xxxxxxx发生交通事故，致其受伤。公安部门确认xxx在此次交通事故中无责任或承担次要责任或负同等责任。xxxx去医院就诊，经医院诊断为：xxxx伤。  **.**  **.**  **.** | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **申请事项：**  **申请工伤认定。**  **申请人签字：xxx**  **xxxx年xx月xx日** | |
| **用人单位意见：**  **情况属实，同意申报工伤。**  **经办人签字：xxx**  **（公章）单位公章**  **xxxx年xx月 xx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：** | |