单位提出工伤认定申请所需材料

1. 工伤认定申请表1份；
2. 劳动、聘用合同文本复印件或者与用人单位存在劳动关系（包括事实劳动关系）、人事关系的证明材料或者由相关单位承担工伤保险责任的证明材料1份;
3. 医疗机构出具的医疗诊断证明原件（含职工受伤害时的初诊诊断证明）或者依法承担职业病诊断的医疗、卫生机构出具的职业病诊断证明书（职业病诊断鉴定书）原件1份；
4. 受伤害职工本人身份证正反面复印件1份；
5. 事故调查报告1份，包含事故经过、原因分析、整改措施及处理意见，需参与调查人员签名并加盖单位公章；
6. 现场勘验笔录1份；
7. 证人证言2份（2名证人，每个证人1份，需提供证人的身份证复印件）；

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：

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 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 |  |
| 接触职业病危害岗位 |  | 接触职业病危害时间 |  |
| 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： |

填表说明：
 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、受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

4、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。

5、受伤害经过简述，应写明事故发生的时间、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。

6、申请人提出工伤认定申请时，应当提交受伤害职工的居民身份证；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（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。

有下列情形之一的，还应当分别提交相应证据：

（一）职工死亡的，提交死亡证明；

（二）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；

（三）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；

（四）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证明；

（五）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；

（六）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；

（七）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确认。

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

8、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，经办人签字并加盖单位公章。

9、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。

10、此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

## 工伤事故调查报告

单位名称：（公章）

|  |
| --- |
| 事故时间： 年 月 日 时 分 |
| 事故地点： |
| 受伤职工姓名： |
| 伤害部位： |
| 证人：（至少2位证人） |
| 请单位根据调查情况如实填写事故经过，作伪证将负法律责任。1. 详细事故经过：
2. 原因分析：
3. 整改措施及处理意见
 |
| 备注：属劳务派遣的，由用工单位填写《工伤事故调查报告》并加盖公章。  |

## 工伤认定现场勘验笔录

工伤认定申请者：

勘验事项：

勘验时间：

勘验地点：

勘验人：

在场人：

记录人：

 勘验记录如下：

 注：（1）调查时间、调查地点、调查人、调查结果；

 （2）需要附调查图片

## 证人证言

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 证人基本情况 | 姓 名 | 　 | 身份证号码 |  |
| 与受伤职工关系 | 　 | 电话或手机（有效号码） |  |
| 性 别 | 　 | 工作单位（项目）名称 |  |
| 工 种 | 　 | 工作单位（项目）地址 |  |
| 受伤职工工作情况 | 发生事故详细时间 | 　 | 事故地点 |  |
| 工 种 | 　 | 工作单位（项目）名称 |  |
| 工作班次 | 　 | 工作单位（项目）地址 |  |
| 职工受伤经过 |  |
| 诚信保证 | **本人保证所做证明真实无误。如有虚假，本人愿承担由此引起的一切后果和法律责任。** **签名：（手印）** |

填表说明：

1.“工作班次”应为事故发生时，证人、受伤职工所处工作班次；

2.证人身份证复印件附后；

3.在“职工受伤经过”栏，证人本人用蓝或黑墨水钢笔填写（可加附页），要写清事故时间、地点，当时所从事的工作，受伤害的原因、伤害部位及当时的表现，证人本人必须签字、按手印及签字日期（原件）；请附证人身份证复印件。