

编号: _____

驻宁部省属机关、事业单位、民间非营利组织 职工工伤认定申请表

用人单位全称:

受伤职工姓名:

职工联系电话:

职工联系地址、邮编:

单位联系人、电话:

单位联系地址、邮编:

主管部门联系人、电话:

江苏省人力资源和社会保障厅 印制

说 明

一、本表用于驻宁部省属机关、事业单位、民间非营利组织及其职工依据法规规定申请工伤认定。

二、申请工伤认定应如实填写本表，并提交以下材料复印件：

（一）职工身份证、工作证或劳动合同等职工身份证明；

（二）事故现场证人证词及证人身份证复印件等证据材料；

（三）医疗机构出具的职工受伤害后所有病历资料及诊断证明书，或者依法承担职业病诊断的医疗机构出具的职业病诊断书（或者职业病诊断鉴定书）；

（四）单位法人证书。

三、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）因公外出期间，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。

（八）属于故意犯罪、醉酒或者吸毒、自残或自杀的，提交法院、公安等相关部门的证明。

受伤职工对事故（职业病）发生经过的自述：（可附页）

<p>申请人及代笔人</p> <p>身份证复印件粘贴处</p>	<p>受伤（职业病）人签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	<p>代笔人签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

职工姓名		性别		职务(工种)		受伤职工 近期1寸 照片
身份证号码						
受伤部位及医疗机构伤情诊断情况						
<p>用人单位意见:</p> <p>同意按下列第()项意见申报:</p> <p>1、同意认定为工伤</p> <p>2、同意视同工伤</p> <p>3、不属于不视同工</p> <p style="text-align: right;">年 月 日(盖章)</p>						
<p>主管部门审核意见:</p> <p>同意按下列第()项意见申报:</p> <p>1、同意认定为工伤</p> <p>2、同意视同工伤</p> <p>3、不属于不视同工</p> <p style="text-align: right;">年 月 日(盖章)</p>						
<p>事故发生时间或职业病诊断时间: 年 月 日</p>						
<p>用人单位申报时间: 年 月 日</p>						
<p>职工申报时间: 年 月 日</p>						
<p>递交人: 接收人:</p>						
<p>备注:</p>						