

编号 () 号

工 伤 认 定 申 请 表

申请人姓名：

受伤害人姓名：

申请人与受伤害人关系：

受伤害人联系电话：

用人单位联系电话：

填表日期： 年 月 日

收表时间： 年 月 日

拉萨市人力资源和社会保障局 制

填表说明

1.用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。工伤认定申请最长期限自受伤之日起**1年内**提交申请，逾期未向社会保险行政部门申请的自行承担法律后果。

2.申请人为用人单位的，在首页申请人处加盖单位公章，并在职工受伤之日起**30日内**提交申请。

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，受伤或死亡的，按医疗机构的初诊时间填写；属于职业病的，按职业病确诊时间填写。

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，从事该职业的起止时间和确诊结果。

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复印件；医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书，或依法承担职业病诊断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）；职工受伤害或诊断患职业病时与用人单位之间的劳动（聘用）合同或其他存在劳动、人事关系的证明。

有下列情形之一的，还须分别提交相应证据：

（1）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；

（2）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，申请认定因工死亡的，提交人民法院死亡宣告书；

（3）在上下班途中，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，提交公安交通管理部门出具的交通事故认定书；

（4）因工死亡、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，提交抢救治疗记录、病历复印件和死亡证明复印件；结婚证复印件以及家庭成员户籍复印件；

（5）在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，提交县级以上人民政府民政部门或者其他相关行政部门按照规定出具的证明；

（6）属于因战、因公致残的转业、复员、退伍军人旧伤复发的，提交《革命伤残军人证》和劳动能力鉴定委员会出具的旧伤复发证明；

（7）治安案件需提供公安部门出具的证明。

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.此表一式一份，由社会保险行政部门留存。

拉萨市申请工伤认定材料 一次性告知清单

| 序号 | 材料名称 |
|----|---|
| 1 | 工伤认定申请表 |
| 2 | 单位和个人授权委托书（单位授权委托书须单位法人签字并加盖单位公章，个人授权委托书须加盖伤者手印） |
| 3 | 伤者身份证复印件或户口本复印件 |
| 4 | 用人单位营业执照复印件或组织机构代码证复印件 |
| 5 | 伤者劳动合同复印件 |
| 6 | 伤者参加工伤保险证明（可到相关社保经办机构出具并加盖公章） |
| 7 | 单位关于伤者的身份及受伤经过情况说明或公安部门证明（加盖公章） |
| 8 | 就医医院出具的诊断证明或出院诊断证明复印件（涉及多个就医医院的须提供所有就医医院的诊断证明或出院诊断证明）（加盖公章） |
| 9 | 工友证明（2名工友证言，证言须证人签字并加盖手印，同时提交证人身份证复印件） |
| 10 | 申请工伤认定提交材料目录清单 |

备注：

如有疑问请咨询：拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科，
联系电话：0891—6331456、6512018；办公地址：拉萨市城关区夺底
北路17号（拉萨市人力资源市场4楼404室）。

| | | | | | |
|------------------|--|----|--|-----------|-------|
| 职工姓名 | | 性别 | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 身份证号 | | | | 职工联系电话 | |
| 家庭地址 | | | | 邮政编码 | |
| 工作单位 | | | | 工作单位联系电话 | |
| 单位地址 | | | | 单位邮政编码 | |
| 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) | | | | | |

受伤害职工或亲属意见：

申请人签字（手印）：

年 月 日

用人单位意见：

法定代表人签字（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：

授权委托书

(单位)

拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科:

我单位职工_____，身份证号：_____，
于_____年___月___日___时左右，在_____因_____发生事故，现全权委托_____（身份证号：_____；联系电话：_____）前往贵处办理相关事宜。

委托事项：

- 1.代表单位申请工伤认定
- 2.代表单位签收工伤认定相关文书
- 3.代表单位接受有关调查
- 4.代表单位签收劳动能力鉴定相关文书

其他委托事项：

- 1.
- 2.
- 3.

备注：须提交受委托人身份证复印件。

单位法定代表人或负责人签名：

单位盖章：

受委托人签名（手印）：

年 月 日

授权委托书

(个人)

拉萨市人力资源和社会保障局工伤失业保险科:

本人_____，身份证号：_____，
联系电话：_____，于_____年____月____日____时
左右，在_____因_____发生事故，现全权
委托_____（身份证号：_____；
联系电话：_____）前往贵处办理相关事宜。

委托事项：

- 1.代表个人申请工伤认定
- 2.代表个人签收工伤认定相关文书
- 3.代表个人接受有关调查
- 4.代表个人签收劳动能力鉴定相关文书

其他委托事项：

- 1.
- 2.
- 3.

备注：须提交受委托人身份证复印件。

委托人签字（手印）：

受委托人签字（手印）：

年 月 日

