编号：

岳阳市工伤认定申请表

申请人：

受伤害职工：

申请人与受伤害职工关系：

申请人地址：

邮政编码：

联系电话：

填表目期：

岳阳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。

2、申请人为用人单位或工会组织的，在申请人名称处加盖公章。

3、事业单位职工填写职业类别，企业职工填写工作岗位（或工种）类别。

4、伤害部位一栏填写受伤的具体部位。

5、诊断时间一栏，职业病者，按职业病确认时间填写；受伤或死亡的按初诊时间填写。

6、职业病名称按照职业病诊断证明书或职业病诊断鉴定书填写，接触职业病危害时间按实际接触时间填写。不是职业病的不填。

7、受伤害经过简述，应写清事故时间、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。职业病患者应写清在何单位从事何种有害作业，起止时间，确诊结论。

8、受伤害职工或亲属意见栏应写明是否同意申请工伤认定，以上所填内容是否真实。

9、用人单位意见栏，单位应签署是否同意申请工伤，所填情况是否属实，法定代表人签字并加盖单位公章。

10、人力资源和社会保障行政部门审查资料和受理意见栏应填写补正材料的情况，是否受理的意见。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  |
| 身份证号码 |  |
| 工作单位 |  |
| 联系电话 |  |
| 职工、工种或工作岗位 |  | 参加工作时　　间 |  | 申请工伤或视同工伤 |  |
| 事故时间 |  | 诊断时间 |  | 伤害部位或疾病名称 |  |
| 接触职业病危害时间 |  | 接触职业病危害岗位 |  | 职业病名称 |  |
| 家庭详细地址 |  |
| 受伤害经过简述（可附页）： |

|  |
| --- |
| 受伤害职工或亲属意见：签字：年　　月　　日 |
| 用人单位意见：法定代表人签字：印章年　　月　　日 |
| 人力资源和社会保障行政部门审查资料情况和受理意见：印章　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| **备注：** |