

附件1

工伤认定延期申请表

单位名称：（章）

单位编号：

姓名		职工编号		身份证号	
事故时间				申请时间	
事故经过简述 (用人单位填写 ，可附页)					
申请延期理由 及政策依据 (用人单位填写)					

<p>核实情况及意见 (工伤认定机构 填写)</p>	<p>经办人: 年 月 日</p>	
<p>处(室)负责人: 年 月 日</p>	<p>办领导: 年 月 日 (章)</p>	
<p>局领导: (章) 年 月 日</p>		

用人单位经办人: 联系电话: 填表时间:

编号

附件2:

青岛市工伤认定申请表

申请人:

受伤害职工: 申请人与受伤害职工关系:

职工编号: 是否参加工伤保险:

单位名称: 单位编号:

单位地址: 邮政编码:

法定代表人: 单位电话

申请时间: 年 月 日

青岛市劳动和社会保障局监制

填表说明

1. 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，在名称处加盖公章。
3. 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，按职业病确诊时间填写；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者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，确诊结果。

提出工伤认定申请应当填写本申请表，并提交以下材料：

- (1) 受伤害职工身份证原件、复印件；
 - (2) 劳动合同文本原件及复印件或者与用人单位存在劳动关系（包括事实劳动关系）的有效证明材料的原件及复印件（如不能提供劳动关系证明材料，可以申请劳动仲裁确认劳动关系）；
 - (3) 用人单位事故调查报告书（个人申报的不必提供）；
 - (4) 两名以上证人证言（按手印）及证人身份证原件、复印件；
 - (5) 医疗机构出具的受伤后诊断证明书、初诊病历、住院病历、出院记录原件及复印件，属职业病的提供合法有效的职业病诊断证明书或鉴定书原件及复印件；
 - (6) 非参保单位应当提交营业执照复印件
- 属于下列情况应提供相关的证明材料：

(1)因履行工作职责受到暴力伤害的，提交公安机关或人民法院的判决书或其他有效证明。

(2)由于机动车事故引起的伤亡事故提出工伤认定的，提交公安交通管理部门的交通事故认定书或其他有效证明。

(3)因工外出期间，由于工作原因受到伤害的，提交公安部门证明或其他证明；发生事故下落不明的，认定因工死亡提交人民法院宣告死亡的结论。

(4)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和死亡证明。

(5)属于抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，按照法律法规规定，提交有效证明。

(6)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》及劳动能力鉴定委员会对旧伤复发的确认证明。

对因特殊情况，无法提供相关证明材料的，应书面说明情况。

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。亲属签字的应提交直系亲属关系证明。

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.

用人单位应当自事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起30日内提出工伤认定申请。用人单位未按规定提出工伤认定申请的，工伤职工或者其直系亲属、工会组织在事故伤害发生之日或者被诊断、鉴定为职业病之日起1年内，可以直接向用人单位所在地统筹地区劳动保障行政部门提出工伤认定申请。

11. 如需打印请用A3纸双面打印。

职工姓名		身份证号码			
家庭地址			联系电话		
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		事故地点		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	
初诊医疗 机构		初诊时间		门诊号	
				住院号	
转诊医疗 机构		转诊时间		住院号	

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：

经办人：

（章） 年 月 日

工伤认定机构审查受理意见：

经办人：

(章) 年 月 日

备注：