

附件1

职工工伤事故备案表

社会保险登记证编号

单位全称		法定代表人	
单位性质		主管部门	
联系人		联系电话	
单位住所地及邮编			
职工姓名		性别	
		身份证号码	
家庭住址		联系电话	
社会保障号码		职业	
事故发生时间		参保情况	
事故经过、诊治时间及受伤部位:			
现场证人姓名		身份证号码	
救治医疗单位名称			

注：自事故发生之日起2日内由用人单位向劳动保障行政部门报送此表一份。

用人单位应当自职工发生事故伤害或被诊断、鉴定为职业病之日起30日内，向劳动保障行政部门提出工伤认定申请。如遇特殊情况，经劳动保障行政部门同意，申请时限可以适当延长，但最长不得超过30日。如未在上述规定时限内提交的，在此期间发生符合《工伤保险条例》规定的工伤待遇等有关费用由用人单位负担。

附件2

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：

申请人地址：

邮 政 编 码：

联 系 电 话：

填 表 日 期：            年        月        日

## 劳动和社会保障部 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. 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。

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。

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. 劳动和社会保障行政部门审查资料和受理意见栏应填写补充材料的情况，是否受理的意见。

职工姓名		性别		出生年月	
------	--	----	--	------	--

身份证号码					
工作单位					
联系人			联系电话		
职业、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

劳动保障行政部门审查资料情况和受理意见:

印章

年 月 日

备注:

附件3

X X X劳动和社会保障局

工伤认定申请补正材料告知书（存根）

（编号）

（申请人）：

你（单位）于 年 月

日向我局提交的工伤认定申请，经审查缺少以下材料：

请你（单位）于 年 月

日前将补正材料报送本机关。本机关在收到你（单位）的补正

材料后，决定是否受理。

(章)

年 月 日

领取人签字：

联系电话：

---

—  
X X X劳动和社会保障局  
工伤认定申请补正材料告知书  
(编号)

(申请人)：

你(单位)于 年 月 日向我局提交的工伤认定申请，经审查缺少以下材料：

请你(单位)于 年 月 日前将补正材料报送本机关。本机关在收到你(单位)的补正材料后，决定是否受理。

(章)

年 月 日

附件4

X X X劳动和社会保障局

工伤认定申请受理通知书（存根）

（编号）

（申请人）：

你（单位）报来的工伤认定申请材料，经审查，符合本机关受理条件，根据《工伤保险条例》和《工伤认定办法》等有关规定，本机关决定受理，并自即日起60日内作出工伤认定决定。

（章）

年 月 日

领取人签字：

联系电话：

—

X X X劳动和社会保障局

工伤认定申请受理通知书

（编号）

（申请人）：

你（单位）报来的工伤认定申请材料,经审查,符合本机关受理条件,根据《工伤保险条例》和《工伤认定办法》等有关规定,本机关决定受理,并自即日起60日内作出工伤认定决定。

（章）

年 月 日

附件5

X X X劳动和社会保障局

工伤认定申请不予受理通知书

(编号)

(申请人):

你(单位)于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_

日申报的(受伤害职工姓名)工伤认定申请,经审查,(在文书的界面手工录入不予受理的原因、事实)。根据(法律、法规名称,法律、法规的条、款、项及具体内容)之规定,本机关决定不予受理。

如对本决定不服,可在接到该通知书之日起60日内向(统筹地区)人民政府或上级劳动和社会保障行政部门申请行政复议或者在3个月内向X X X人民法院提起行政诉讼。

(章)

年 月 日



附件6

X X X劳动和社会保障局

工伤认定中止通知书

(编号)

(申请人):

本机关于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_

日受理的(受伤害职工姓名)工伤认定申请,经审查,(在文书的界面手工录入中止的原因、事实)。本机关决定中止该工伤认定。

工伤认定中止的因素消除或申请人提供新的证据后,恢复工伤认定程序。工伤认定中止的时间不计算在工伤认定的时限内。

(章)

年 月 日

抄送：（有关用人单位、受伤害职工或其直系亲属）。

附件7

X X X劳动和社会保障局

工伤认定终止通知书

(编号)

(申请人):

本机关于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_

日受理的(受伤害职工姓名)工伤认定申请,经审查,该申请

(前面标“√”)

- ( ) 申请人不具备申请资格;
- ( ) 工伤认定申请超过法定时效;
- ( ) 不属于统筹地区劳动保障行政部门管辖范围;
- ( ) 法律、法规、规章规定不予受理的其他情形。

本机关决定终止该工伤认定。

如对本决定不服,可在接到该通知书之日起60日内向(统筹地区)人民政府或上级劳动和社会保障行政部门申请行政复议或者在3个月内向X X X人民法院提起行政诉讼。

(章)

年 月 日

抄送：（有关用人单位、受伤害职工或其直系亲属）。

附件8

X X X劳动和社会保障局

工伤认定限期举证通知书

（编号）

\_\_\_\_\_：

（申请人）于 年 月 日以“

”为由，向我机关提出工伤认定申请，需要你单位举证相关证据材料。请你单位于 年 月 日前将有关证据材料（单位意见，书证、物证、音像资料等）送达我机关。

地址：

联系电话：

逾期不提供有效证据材料，视为放弃举证权利，本机关将根据《工伤保险条例》第十九条第二款、《工伤认定办法》第十四条之规定，依据申请人提供的相关材料依法作出工伤认定结论

。

(章)

年 月 日

注：举证通知书一式两份，一份交举证单位，一份由劳动保障行政部门留存；两份加盖工伤认定骑缝印章。

附件9

X X X劳动和社会保障局

工 伤 认 定 决 定 书

(编号)

用人单位名称：\_\_\_\_\_

注册地址：\_\_\_\_\_

受伤害职工姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_出生年月\_\_\_\_\_职业\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_家庭住址：\_\_\_\_\_

(申请人)于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_

日提出的(受伤害职工)工伤认定申请，本机关已依法于\_\_\_\_\_

年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日受理。

经调查核实(包括工伤受伤部位、事故时间和诊断时间或职业病名称、伤害经过和核实情况、医疗救治的基本情况和诊断结

论)： \_\_\_\_\_

根据《工伤保险条例》第\_\_\_\_\_条\_\_\_\_\_款\_\_\_\_\_项(条款内容)规定，对(申请人)于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日提出的(受伤害职工)于(受伤害时间)受到(伤害部位)伤害的工伤认定申请，所作的认定决定为\_\_\_\_\_。

如对本决定不服，可自接到本决定书之日起60日内向(统筹地)人民政府或上级劳动和社会保障行政部门申请行政复议。

(工伤认定专用章)

年 月 日

本决定一式四份，送用人单位一份，职工本人(或其亲属)一份，工伤保险经办机构一份，存档一份。

附件10

X X X劳动和社会保障局

工伤认定文书送达回证

(编号)

案由	
送达文书名称	

受送达人			
送达时间		送达方式	
受送达人 签字（盖章）	年 月 日	代收人说明代收 理由并签字（盖 章）	年 月 日
回证签收后 回寄地址			
送达人	（工伤认定专用章） 年 月 日		
说明：如系邮寄送达，请受送达人收到有关文书后在此回证上签字并寄回本机关。			