工伤认定申请表

申请主体：□用人单位 □受伤害职工 □职工近亲属 □工会

用人单位：

单位地址：

单位联系人： 联系电话：

受伤害职工姓名： 性别：□男/□女

身份证号：

工作岗位： 是否参加工伤保险：□是/□否

职工联系电话： 农民工：□是/□否

事故时间： 年 月 日

诊断时间： 年 月 日

吉林省人力资源和社会保障厅制

填表日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| 受伤害部位或职业病名称： |
| 受伤害经过简述： |
| 受伤害职工或近亲属意见：  申请人签字（手印）：  年 月 日 |
| 用人单位意见：  经办人签字（公章）:  年 月 日 |
| 社会保险行政部门审查资料和受理意见：    受理人： 负责人：  年 月 日 |

注：此表A4纸正反页打印,由申请人填写一份，社会保险行政部门留存。