#### 编号：

工伤认定申请表

申请人签名或盖章:

（申请人非受伤职工本人应注明其关系）

受伤害职工：

填表日期： 年 月 日

特别警示：在填写本表之前请认真阅读背面相关法律条款， 承诺填写的内容和提交的申请资料合法、真实、有效，明确知晓以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取工伤保险基金属于诈骗公私财物的行为，将被追究刑事责任。

**关于欺诈骗保的有关法律法规政策规定**

一、用人单位和职工或近亲属以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取工伤保险基金的，按照《刑法》、《全国人民代表大会常务委员会关于< 中华人民共和国刑法>第二百六十六条的解释》、《最高人民法院、最高人民检察院关于办理诈骗刑事案件具体应用法律若干问题的解释》（法释

〔2011〕7 号）的有关规定追究刑事责任；按照《社会保险法》的有关规定由工伤保险行政部门责令退回骗取的工伤保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

二、用人单位和职工或近亲属以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取工伤保险基金未遂的，按照《刑法》的有关规定追究刑事责任。

三、用人单位、社会保险服务机构及其有关人员、参保及待遇领取人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇或社会保险基金支出,数额超过 1 万元，或虽未达到 1 万元但经责令退回仍拒不退回的， 按照《关于对社会保险领域严重失信企业及其有关人员实施联合惩戒的合作备忘录》（发改财金〔2018〕1704 号）和《社会保险领域严重失信人名单管理暂行办法》（人社部规〔2019〕2 号）的规定，将其列入社会保险领域严重失信人名单，在人力资源社会保障部官网和“信用中国”网站上公示，实施部门联合惩戒，最高 5 年内在政府采购、交通出行、招投标、生产许可、资质审核、融资贷款、市场准入、税收优惠、公务员考录、评优评先等多个方面被限制。

四、发生工伤（工亡）事故多的用人单位，按其工伤保险支付率、工伤发生率、一至四级伤残人数或因工死亡人数等费率浮动考核指标，根据相关规定调整费率。

五、《中华人民共和国刑法》第二百六十六条：诈骗公私财物，数额较大的，处三年以下有期徒刑、拘役或者管制，并处或者单处罚金；数额巨大或者有其他严重情节的，处三年以上十年以下有期徒刑，并处罚金； 数额特别巨大或者有其他特别严重情节的，处十年以上有期徒刑或者无期徒刑，并处罚金或者没收财产。本法另有规定的，依照规定。

### 填 表 说 明

一、用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。

二、申请人为用人单位的，在首页申请人处加盖单位公章。三、受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

四、诊断时间一栏，职业病患者，按职业病确诊时间填写；受伤或死亡的，按初诊时间填写。

五、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，起止时间，确诊结果。

六、申请事项栏，应写明受伤害职工或者其近亲属、用人单位、工会组织提出工伤认定申请并签名。

七、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， 单位负责人签名并加盖单位公章。

八、本表首页和申请事项栏的申请人必须保持一致。由用人单位申请的，首页、申请事项栏、用人单位意见栏按要求签名并加盖单位公章；由近亲属申请的，首页与申请事项栏的申请人为近亲属。

九、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。

十、此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | | | 性 | 别 |  |  | | |
| 出生年月 |  | | | 联系电话 | |  |
| 身份证号码 |  | | | 邮政编码 | |  |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | 联系电话 |  | | |
| 单位地址 |  | | | | | 邮政编码 |  | | |
| 职业、工种或工作岗位 |  | | | | | 参加工作时 间 |  | | |
| 事故时间 | 年 | 月 | 日 | 时 |  | 事故地点 |  | | |
| 事故主要原因 |  | | | | | 诊断时间 | 年 | 月 | 日 |
| 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（应注明事故发生的具体时间、地点、经过、受伤部位、诊治或抢救医疗机构 等。可附页） |  | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请事项（受伤害职工或其近亲属、用人单位经办人、工会组织提出工伤认定申请并签名）：  申请工伤认定  申请人签名（盖章）： 年 月 日 | | |
| 用人单位意见（签署是否同意申请工伤，所填情况是否属实，单位负责人签名并加盖单位公章，行政机关或事业单位应加盖单位行政章）：  情况属实，同意申请  单位负责人签名（单位公章）： 年 月 日 | | |
| 社会保险 | 资料齐全，同意受理。  经办人签名： 年 月 | 日 |
| 行政部门 |
| 审查资料 | 同 意。  （公章）  负责人签名： 年 月 | 日 |
| 和受理 |
| 意 见 |
| 备 注 |  | |