附件1

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：

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 身份证号码 | |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭地址 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 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、地点及主要原因 | |  | | | 诊断时间 |  |
| 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（可附页） | |  | | | | |
| 申请事项：  申请人签字：  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 | 经办人签字：    年 月 日 | | | | | |
| 负责人签字：  （公章）  年 月 日 | | | | | |
| 备注： | | | | | | |

填表说明：  
 1、用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。

2、申请人为用人单位的，在首页申请人处加盖单位公章。

3、受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

4、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。

5、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。

6、申请人提出工伤认定申请时，应当提交受伤害职工的居民身份证；医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书，或者依法承担职业病诊断的医疗机构出具的职业病诊断证明书（或者职业病诊断鉴定书）；职工受伤害或者诊断患职业病时与用人单位之间的劳动、聘用合同或者其他存在劳动、人事关系的证明。

有下列情形之一的，还应当分别提交相应证据：

（一）职工死亡的，提交死亡证明；

（二）在工作时间和工作场所内，因履行工作职责受到暴力等意外伤害的，提交公安部门的证明或者其他相关证明；

（三）因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的，提交公安部门的证明或者相关部门的证明；

（四）上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的，提交公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明；

（五）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证明；

（六）在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，提交民政部门或者其他相关部门的证明；

（七）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》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认。

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

8、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，经办人签字并加盖单位公章。

9、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。

10、此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

附件2

第X师XXX市工伤补字〔2022〕X号

工伤认定申请补正材料通知书

：

你（单位）于 年 月 日提交 （受伤害职工姓名） 的工伤认定申请材料收悉，经审查申请材料不完整，请补正以下材料后再作申请：

1. …………

2. …………

3. …………

第XX师XX市人力资源和社会保障局

年 月 日

（盖章）

注：本通知书一式两份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

附件3

第X师XXX市工伤受字〔2022〕X号

工伤认定申请受理决定书

（申请人） ：

你（单位）于 年 月 日提交 的工伤认定申请收悉。经审查，符合工伤认定受理的条件，现予受理。

第XX师XX市人力资源和社会保障局

年 月 日

（盖章）

注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、职工或者其近亲属、用人单位各留存一份。

附

工伤认定申请受理材料清单

* 《工伤认定申请表》壹份;
* 受伤职工居民身份证（复印件壹份）；
* 企业营业执照（复印件壹份）;
* 《劳动合同书》或与用人单位存在劳动关系的证明材料（复印件壹份）；
* 诊断证明书、出院证、病案记录（复印件壹份）;
* 职业病诊断、鉴定证明书（复印件壹份）;
* 交通事故认定书或交警部门出具的相关证明（复印件壹份）；
* 用人单位提交事故简要报告或调查情况说明
* 事故调查笔录（ 人 张）;□证人证言（ 人 张）;
* 聘用、借用和劳务输出人员申请工伤认定需提供甲乙双方单位的协议书（壹份）；
* 其他：

申请人签字确认： XXX师人力资源和社会保障局

年 月 日

（盖章）

附件4

关于受理XXX申请工伤的公示

根据《工伤保险条例》《工伤认定办法》《关于进一步规范兵团工伤认定工作有关事项的通知》等相关规定，我局受理了XXX 工伤认定申请，现对事故伤害有关信息进行公示：

受伤害职工姓名： ，性别 ，年龄： 岁，工作岗位： 。受伤时间： 年 月 日 时 分，受伤地点： ，受伤部位：

，主要原因： 。

受伤经过：

公示时间： 年 月 日至 月 日。有知情人对事故伤害经过存在疑问或异议的，可向第 师人力资源和社会保障局反映。

举报电话：第X师XX市人力资源和社会保障局

兵团人力资源和社会保障局

传 真：

举报邮箱：

第X师XX市人力资源和社会保障局

年 月 日

（盖章）

**注：**用人单位公示须张贴在单位公共场所醒目位置，公示场景图片可拍照或扫描后发送至邮箱XXXXXXXXX@qq.com。

附件5

第X师XXX市工伤不受字〔2022〕X号

工伤认定申请不予受理决定书（申请人）**：**

你（单位）于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日提交\_\_\_\_的工伤认定申请收悉。

经审查：

不符合《工伤保险条例》第 条 规定的受理条件，现决定不予受理。

如对本决定不服，可在接到决定书之日起60日内向 人民政府或兵团人力资源和社会保障局申请行政复议，或者在6个月内向 人民法院提起行政诉讼。

第XX师XX市人力资源和社会保障局

年 月 日

（盖章）

注:本决定书一式三份，社会保险行政部门、职工或者其近亲属、用人

单位各留存一份。

附件6

工伤认定现场调查记录

工伤认定申请人：

调查事项：

调查时间：

调查地点：

调查人：

在场人：

记录人：

调查记录如下：

附件7

编号：2022年 号

工伤认定调查询问笔录（首页）

调查时间： 年 月 日

调查地点：

询问人姓名（不少于两人）：

被询问人姓名：

被询问人职务（岗位）：

被询问人电话：

调查询问记录人：

调查询问内容：

询问人（提问）： 您好！我们是XXX师人力资源和社会保障局的工作人员，请看我们的证件（出示证件）。因申请人 申请工伤认定一案，现依法对你调查了解（受伤害职工姓名）受伤（死亡）一案，请将详细情况如实介绍，你听明白了吗？

被询问人（回答）：我听明白了。

（如被询问人是工伤认定案件当事人的，需提问以下内容：

询问人（提问）： 对本案从事工伤认定的工作人员，您是否申请回避的？

被询问人（回答）：

询问人（提问）：请你如实提供证据、证言，有意作伪证或者隐匿相关证据将承担相应的法律责任，听明白了吗？

被询问人（回答）：我听明白了。

询问人（提问）：你的姓名、年龄、文化程度、职业？

被询问人（回答）：

询问人（提问）：以上记录内容是否与您陈述一致？

被询问人（回答）：

（可加页）

相关人员签字：询问人：

记录人：

被询问人：

附件8

第X师XXX市工伤举字〔2022〕X号

工伤认定举证通知书

单位名称:

申请人（姓名）于 年 月 日向本机关提出（受伤害职工姓名） 的工伤认定申请，并提交了工伤认定申请相关材料， 工伤职工受伤害经过，根据《工伤保险条例》第十九条第二款规定，请你单位自收到本通知之日起10日内向本机关提交如下证据。逾期未提交或者拒不举证的，你单位将承担举证不能责任，本机关将依法作出工伤认定结论。

需提交证据：1. …………

2. …………

第XX师XX市人力资源和社会保障局

年 月 日

（盖章）

注：本通知书一式两份，社会保险行政部门、用人单位各留存一份。

附件9

第X师XXX市工伤中字〔2022〕X号

工伤认定时限中止通知书

（申请人）：

我局于 年 月 日受理（受伤职工姓名）的工伤认定申请，因（中止原因），根据《工伤保险条例》第 二十条 规定，决定中止（受伤职工姓名）的工伤认定，待有关部门作出结论生效后重新启动工伤认定程序。

请你（单位）自有关部门作出的结论生效后及时向我局提交结论文书。

第XX师XX市人力资源和社会保障局

年 月 日

（盖章）

注：本通知书一式两份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。

附件10

编号：

工伤认定审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受伤害职工 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  | |  |  |  |
| 用人单位 |  | | | 岗位 |  |
| 申请时间 |  | | | | |
| 受伤害经过、医疗救治的基本情况和诊断结论： | | | | | |
|  | | | | | |
| 经办部门初审意见：  认定工伤□ 依据（ ） 不予认定工伤□ 依据（ ）  经办人员签字： 年 月 日 | | | | | |
| 局分管领导意见 | 年 月 日 | | | | |
| 局主要领导意见 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 | |

注：工伤认定小组审核意见，应在认定工伤或不予认定工伤□打√，依据应按照《工伤保险条例》第14条、第15条规定的情形填写，例如：填写14-1。

附件11

第X师XXX市工伤认字〔2022〕X号

认定工伤决定书

申请人：  
 职工姓名： 性别： 年龄：  
 身份证号码：  
 用人单位：  
 职业/工种/工作岗位：  
 事故时间： 年 月 日  
 事故地点：  
 诊断时间： 年 月 日  
 受伤害部位/职业病名称：  
 受伤害经过、医疗救治的基本情况和诊断结论：

申请时间：  
 年 月 日受理 的工伤认定申请后，根据提交的材料调查核实情况如下：

同志受到的事故伤害（或患职业病），符合《工伤保险例》第 条第 款第 项之规定，属于工伤认定范围，现予以认定（或视同）为工伤。  
  
 如对本工伤认定决定不服的，可自接到本决定书之日起60日内向 人民政府或兵团人力资源和社会保障局申请行政复议，或者6个月内向 人民法院提起行政诉讼。

第XX师XX市人力资源和社会保障局

年 月 日

（工伤认定专用章）

注：本通知一式五份，社会保险行政部门、职工或者其近亲属、用人单

位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定中心各一份。

附件12

第X师XXX市工伤不认字〔2022〕X号

不予认定工伤决定书

申请人：  
职工姓名： 性别： 年龄：  
身份证号码：  
用人单位：  
职业/工种/工作岗位：

年 月 日受理 的工伤认定申请后，根据

提交的材料调查核实情况如下：

同志受到的伤害，不符合《工伤保险条例》第十四条、第十五条认定工伤或者视同工伤的情形；或者根据《工伤保险条例》第十六条第 项之规定，属于不得认定或者视同工伤的情形。现决定不予认定或者视同工伤。  
 如对本工伤认定结论不服的，可自接到本决定书之日起60日内向 人民政府或兵团人力资源和社会保障局申请行政复议，或者6个月内向 人民法院提起行政诉讼。

第XX师XX市人力资源和社会保障局

年 月 日

（工伤认定专用章）  
 注：本通知一式三份，社会保险行政部门、职工或者其近亲属、用人单位各留存一份。

附件13

|  |
| --- |
| 工伤认定文书送达回执 |

|  |
| --- |
| 送达文书名称：认定工伤决定书（不予认定工伤决定书） |
| 送达文书文号：第X师XXX市工伤认字〔2022〕X号  （第X师XXX市工伤不认字〔2022〕X号） |
| 送达单位和送达人: |
| 受送达人和受送达单位： |
| 送 达 时 间： 年 月 日 |
| 送 达 地 点： |
| 送 达 方 式： |
| 收 件 人 签 章： |
| 代收人说明代收理由： |

附件14

认定决定文书相关要求

《认定工伤决定书》及《不予认定工伤决定书》应严格按《工伤认定办法》有关规定载明相关事项，加盖师市社会保险行政部门工伤认定专用章。《认定工伤决定书》中要明确载明“事故时间”和“申请时间”，由于用人单位自身原因造成超过法定时限提出工伤认定申请的，按照《工伤保险条例》规定，从事故伤害发生之日或职业病确诊之日到师市人力资源和社会保障部门受理工伤认定申请之日期间发生的符合政策规定的工伤待遇等有关费用由该用人单位负担。

文书编号应以第X师X市+工伤+认定事项+〔年度〕+编号（以1起始）编写，如《工伤认定申请受理决定书》和《认定工伤决定书》编号为：第一师阿拉尔市工伤受字〔2022〕1号、第一师阿拉尔市工伤认字〔2022〕1号。

兵团人力资源和社会保障局办公室 2022年3月11日印发