附件1：

工伤认定申请表

申请人：

受伤害职工：

是否参加工伤保险:

用人单位社会保险登记证编号：

申请人与受伤害职工关系：

申请人地址：

邮政编码：

联系人：

联系电话：

法律文书送达地址：

填表日期： 年 月 日:

济南市人力资源和社会保障局　制

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| 工作单位 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  |
| 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 |  |
| 受伤害经过简述（可附页）： |

用人单位应当自职工发生事故伤害之日或被诊断为、鉴定为职业病之日起三十日内，向市人力资源和社会保障局提交工伤认定申请材料。如遇特殊情况，经市人力资源和社会保障局同意，申请时限可以适当延长，但最长不得超过三十日。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。

|  |
| --- |
| 受伤害职工或亲属意见：本人认为符合《工伤保险条例》第三章第（ ）条第（ ）项之规定，应认定为 。（工伤或视同工伤）本人自愿选择（□委托单位代签；□到市人力资源和社会保障局领取；□邮寄送达；□委托邮寄给单位代收送达）作为本次工伤认定过程中的各项法律文书的送达方式。（注：请在您选择的□内打√并摁手印。）签字（手印）：　　年　　月　　日 |
| 用人单位意见：法定代表人签字： 单位印章：年　　月　　日 |
| 市人力资源和社会保障行政部门审查资料情况和受理意见：印章　　年　　月　　日 |
| 备注： |

 用人单位未按《工伤保险条例》第十七条第一款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，可以直接向市人力资源和社会保障局提交工伤认定申请材料。

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）由于交通事故引起的伤亡事故提出工伤认定的，提交公安交通管理等部门的责任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、公众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》及医疗机构对旧伤复发的诊断证明。

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．人力资源和社会保障行政部门审查资料和受理意见栏应填写补正材料的情况，是否受理的意见。

附件2：

用人单位工伤事故调查报告书参考格式

济南市人力资源和社会保障局：

首先写明受伤害职工基本信息。（主要写明：什么时间来本单位工作，在什么部门从事什么岗位，具体的工种或职务，以及上下班作息时间。）

第二段写明事故经过（写明：事故发生具体时间如\*年\*月\*日\*时\*分，在什么地点，做什么工作时因为什么原因发生什么事故。详细写清发生事故时的具体情况。上下班路上交通事故的还应当写明自己的行车路线、单位地址、家庭住址、事故发生地址等。）

第三段写明诊疗经过（主要写明：何时首次到哪家医疗机构诊治，医疗机构的具体诊断，以及受伤后的整个诊疗经过。）

第四段写明单位对上述事实是否调查，是否属实，单位根据《工伤保险条例》第三章十四条或十五条的哪项规定认为该职工是否属于或视同工伤。

附件3：

**职工工伤认定证人证言**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **证人姓名** | 如实填写 | **性别** | 如实填写 | **年龄** | 如实填写 |
| **工作单位及职务** | 如实填写 | **联系电话** | 如实填写 |
| **家庭住址** | 如实填写 |
| **证言（事故发生时间、地点、经过）：** 1、说明证人的身份以及与受伤员工之间的关系；2、详细描述证人了解的事情经过，着重还原职工受伤时的具体场景。主要写明：事发时间如某年某月某日某时某分、事发地点、并详细说明事情的起因、经过、以及事发后的就医过程。（交通事故须注明上下班时间，下班期间交通事故须注明受伤员工何时离开单位）3、说明事情发生时是本人亲眼所见还是事发后听别人说的，如果是听别人说的须说明是谁说的。4、两份证言需由证人分别独自书写。一份证言两人签字和两份证言内容雷同的属于无效证言。**以上所述属实，否则愿负法律责任。** **签 字（盖手印）****年 月 日** |

**证人出具证言应属所见所闻，实事求是.可附页。**

附件4：

**授权委托书**

济南市人力资源和社会保障局：

我单位职工 （身份证号： ）工伤认定一案，特委托  （身份证号： 、联系电话：  ）为我单位代理人，该代理人同时接受职工委托，前往贵局处理有关事宜。

委托代理权限如下：

1.提交工伤认定申请材料；

2.签收相关法律文书（通过邮寄方式送达的法律文书，受送达地址为：

联系人： 联系电话： ）；

 3.代为提出申辩意见和提交证据

4.办理与该工伤认定案件相关的其他事宜。

    代理人在委托权限内的代理行为，我单位均予承认，并承担法律责任。

单位法定代表人（或负责人）签名： （单位公章）

 职工签名：

代理人签名：

年 月 日

备注：用人单位提交工伤认定申请时，请附授权委托书，并提交代理人身份证复印件，现场核对代理人身份证原件。