|  |
| --- |
| **受伤害职工或亲属意见：** **以上情况属实，申请工伤认定****送达地址信息确认：****√与申请表“家庭详细地址”相一致；****□请按以下地址送达：****地址： 东莞市XXXXXX 签字：王某某（指模）** **邮编： XXXXX 联系电话： 220XXXXX**  **年 月 日** |
| **用人单位意见：** **情况属实，申请工伤认定****送达地址信息确认：****□与申请表“单位地址”相一致；****□请按以下地址送达：** **地址：** **邮编： 法人代表签字：友谊公司填写** **联系电话：**  **印章：友谊公司盖章** **年 月 日** |
| **社会保障行政部门审查资料情况****经办人：****年 月 日** |
| **社会保障行政部门受理意见：** **印 章** **年 月 日** |
|  **备注：** |

4

  **单位所属镇区：**

**工伤认定流水号：**

 **参保情况：是☑　否□**

**工　伤　认　定　申　请　表**

**申请人： 东莞市友谊国际劳务有限公司**

**委托代理人：**

**受伤害职工：　　　王某某**

**申请人与受伤害职工关系: 单位**

 **受伤职工服务单位名称：东莞市友谊国际劳务有限公司**

**申请人地址： 东莞市育兴路恒生大厦五楼**

**邮政编码： 523106**

**联系电话： 22000000**

**填表日期： 2018.05.01**

**东莞市社会保障局制**

**填　表　说　明**

**1、用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。**

**2、申请人为用人单位或工会组织的，在名称处加盖公章。**

**3、申请人与受伤害职工关系一栏，可根据实际在如下几种情况中选择：**

（1）单位；（2）职工本人；（3）职工亲属；（4）工会组织；(5)其他。

**4、如申请人无委托他人代理的，在“委托代理人”一栏填“无”。**

**5、伤害部位和疾病名称一栏，其中“疾病名称”根据医疗诊断证明的诊断结论填写；“伤害部位”可根据实际在如下几种情况中选择：**

（1）肢体损伤；（2）颅脑损伤；（3）脊柱及脊髓损伤；（4）胸部损伤；（5）腹部损伤；（6）口腔、颌面损伤；（7）眼及视觉损伤；（8）鼻及嗅觉损伤；（9）耳及听觉损伤、（10）颈部器官损伤、（11）肌肤损伤、（12）毒物中毒、（13）综合伤。

**6、参加工作时间一栏应填受伤害职工进入事故发生所在单位工作的日期。**

**7、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。**

**8、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。**

**9、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有效证明；发生事故下落不明，需认定因工死亡的提交人民法院宣告死亡的结论。
4. 在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或在48小时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，无法相关证明材料的，应书面说明情况。

**10、受伤害职工或亲属意见栏应写明是否同意申请工伤认定，以上所填情况是否真实。**

**11、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。**

**12、社会保障部门审查资料栏应填写补正材料的情况；受理意见栏应填写是否受理的意见。**

3

2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **职工姓名** | **王某某** | **性别** |  **女** | **出生年月** |  **1976.02** |
| **身份证号码** | **××××××** | **联系电话** | **13700000000** |
| **家庭详细地址** |  **湖北省荆州市××** |
| **工作单位** | **东莞市友谊国际劳务有限公司** |
| **单位联系电话** | **22000000** | **法人代表** |  **友谊公司填** |
| **单位地址** | **东莞市育兴路恒生大厦五楼** |
| **职业、工种或工作岗位** |  **业务员** | **参加工作时间** |  **2013.01** |
| **申请事项** | **☑认定工伤 □认定非工伤** | **事故时间** | **2013.05.05 ，****17：30** |
| **事故发生地点** | **XXXX** | **事故见证人** |  **李四** |
| **伤害部位或疾病名称** |  **按诊断证明填写** | **职业病名称** |  **不用填** |
| **诊断时间** | **2013.05.05** | **接触职业病危害时间**  | **s****不用填** | **接触职业病****危害岗位** | **不用填** |
| **受伤害经过简述(可附页)：** **兹有我东莞市友谊国际劳务有限公司雇员王某某于2013年1月1日被我公司派驻XXXX代表处工作，任业务员一职，工作地点：东莞市长安填XXX** **2018年4月28日X点X分，详细写清楚事故受伤经过，受伤部位，处理过程，医生诊断为“按诊断证明填写”** |