附件3

工伤认定申请表

 编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人  |  |
| 申请时间 |  | 联系人姓名 |  | 联系人电话 |  |
| 受伤职工姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  |
| 受伤职工身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 受伤职工现居住地址 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位经营地址 |  |
| 受伤职工职业 |  | 工种或工作岗位 |  |
| 事故发生时间 |  | 初次诊疗时间 |   | 受伤部位或疾病名称 |  |
| 事故发生地所属区县（市）街道（乡镇） |  |
| 接触职业病危害岗位 |  | 接触职业病危害时间 |  | 职业病名称 |  |
| 事故发生简要经过【包括职工姓名、受伤时间（年月日时分）、受伤地点、受伤主要原因和经过、送医救治及主要经过等】： |

|  |
| --- |
| 受伤职工或其近亲属意见**：**签字: 年 月 日 |
| 单位意见**：**  法定代表人签字: 印章：  年 月 日 |
| 社会保险行政部门审查资料情况和受理意见**：** 印章： 年 月 日 |

说明：1.申请方式：（1）网络平台申请（2）工作窗口书面申请。

2.本表一式二份，社会保险行政部门、社保经办机构各存一份。