附件2

工伤事故报告表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单 位 | 单位名称 |  |
| 单位经营地址 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系人电话 |  |
| 受伤职工 | 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 现家庭住址 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系人电话 |  |
| 事故发生时间 |  | 事故发生地点 |  |
| 救治医院名称 |  | 受伤部位 |  |
| 社会保障卡 | 有□ | 无□ |
| 医疗类别 | 门诊□ | 住院□ |
| 事故发生简要经过 |  |
| 单位承诺意见 | 本单位对职工工伤事故报告真实性负责，严格执行工伤保险法律法规规定。法定代表人签字：印章：年 月 日 |

说明：1.报告方式：（1）网络平台报告。（2）工作窗口书面报告。

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。