

工伤认定申请表

编号：

受害人信息栏	王芳			申请时间		
	受伤人姓名	王芳	性别	女	申请人与受伤人关系	本人
	身份证件号码	340822199311204627				
	联系地址					
	联系电话	15555658271			邮编	
	职业、工种或工作岗位			事故时间	2026年9月9日17时43分	
	事故地点	安庆市天柱山东路国瑞花园门前路段		诊断时间		
	受伤部位主要诊断情况（职业病名称）					
用人单位信息栏	用人单位名称			电子信箱		
	用人单位联系人			联系电话		
	联系地址				邮编	
受伤经过简述（可附页）	2026年9月9日17时43分许，王芳下班后驾驶二轮电动自行车沿安庆市天柱山东路由东向西行驶回家，行至安庆市天柱山东路国瑞花园门前路段时，与对向徐辉辉驾驶的无号牌摩托车发生碰撞，事故造成两车受损、王芳受伤。经安庆市公安局交通警察支队认定，徐辉辉驾驶机动车逆向行驶的行为违反《中华人民共和国道路交通安全法》第三十五条之规定，负本起事故的全部责任；王芳无责任。（认定书编号：第340809420260006549号《道路交通事故认定书（简易程序）》）					
	用人单位意见： 经办人签字（公章）： 年 月 日					

工伤认定申请表填写说明

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，在申请人处加盖单位公章。

3.受伤害部位主要诊断情况（职业病名称）一栏填写医疗机构作出的受伤害具体部位主要诊断情况或者职业病诊断鉴定书确诊的职业病名称。

4.用人单位意见为非必填项。用人单位申请的，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。

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.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。

7.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，提交公安机关或者人民法院针对暴力伤害所作的法律文书。

（三）在抢险救灾中或者因公外出期间发生事故下落不明的，提交人民法院所作的宣告失踪或者宣告死亡法律文书。

（四）在上下班途中，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，提交有关部门所作的法律文书或者人民法院的生效裁决。

（五）在工作时间和工作岗位突发疾病死亡的，提交医疗卫生机构所作的疾病死亡证明书；在工作时间和工作岗位突发疾病，48小时内经抢救无效死亡的，提交医疗卫生机构所作的抢救记录和疾病死亡证明书。

（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，提交有关部门所作的证明材料。

（七）职工原在军队服役，因战、因公负伤致残，到用人单位后旧伤复发的，需提交革命伤残军人证和劳动能力鉴定委员会所作的旧伤复发确认证明书。