附件1

编号：

工 伤 认 定 申 请 表

申请人：

受伤害职工：

申请人与受伤害职工关系：

申请人联系电话：

填表日期： 年 月 日

湖北省人力资源和社会保障厅印制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 身份证号码 | |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭地址 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 工作单位 | |  | | | 联系人及电话 |  |
| 单位地址 | |  | | | 邮政编码 |  |
| 职业、工种  或工作岗位 | |  | | | 参加工作  时 间 |  |
| 事故时间、地点及主要原因 | |  | | | 诊断时间 |  |
| 受伤害部位 | |  | | | 职业病名称 |  |
| 接触职业病  危害岗位 | |  | | | 接触职业病  危害时间 |  |
| 受伤害经过简述（可附页） | |  | | | | |
| 申请事项：  申请人签字：  年　 月　 日  （本栏目由受伤害职工或者其近亲属、工会组织填写） | | | | | | |
| 用人单位意见：  经办人签字：  （公章）  年 　月　 日 | | | | | | |
| 社会保险行政部门审查资料和受理意见 | 经办人签字：  年 　 月　 日 | | | | | |
| 负责人签字：  （公章）  年 月　 日 | | | | | |
| 备注： | | | | | | |

填 表 说 明

1．用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。

2．申请人为用人单位的，在首页申请人处加盖单位公章。

3．受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

4．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。

5．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。

6．申请人提出工伤认定申请时，应当出具受伤害职工的居民身份证，提交医疗机构出具的职工受伤害时初诊诊断证明书、职业病诊断证明书或者职业病诊断鉴定书等医学文件；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）受伤害职工死亡的，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，提交人民法院生效裁决文书或者公安机关的证明或者其他有效证明；

（三）在上下班途中，受到非本人负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，提交有权机构出具的事故责任认定书、结论性意见或者人民法院生效裁决文书，或者其他相关部门的证明；

（四）因工外出期间，由于工作原因受到伤害的，提交有权机构出具的证明或者其他有效证明；因发生事故下落不明，提出因工死亡认定申请的，提交人民法院[宣告死亡](http://baike.baidu.com/subview/10824/10824.htm" \t "_blank)的法律文书；

（五）在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，提交民政部门或者其他相关部门的证明；

（六）因战、因公负伤致残的转业、复员、退伍军人，到用人单位后旧伤复发的，提交《[中华人民共和国残疾军人证](http://baike.baidu.com/subview/10554687/10743763.htm" \t "_blank)》及[劳动能力鉴定委员会](http://baike.baidu.com/subview/4418981/4418981.htm" \t "_blank)的旧伤复发鉴定证明。

7．申请事项栏，应写明受伤害职工或者其近亲属、工会组织提出工伤认定申请并签字。

8．用人单位意见栏，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。因下列情形之一导致用人单位延误工伤认定申请的，还应在用人单位意见栏予以说明，并提供有关证据材料：

（一）受不可抗力影响的；

（二）申请人正式提交了工伤认定申请，但因社会保险机构未登记或者材料遗失等原因造成申请超时限的；

（三）当事人就确认劳动关系申请劳动仲裁或提起民事诉讼的；

（四）其他符合法律法规规定的情形。

9．社会保险行政部门审查资料和受理意见栏，应填写补正材料或是否受理的意见。若用人单位填写延误说明的，社会保险行政部门还应在本栏填写确认是否延误以及延误时间的意见。

10．此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份，并抄送社会保险经办机构。

附件2

×××人力资源和社会保障局

工伤认定申请材料接收清单

申请人： 受伤害职工姓名及身份证号码：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材 料 名 称 | 份数 | 页数 | 材料性质 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 说明 | 1.本清单在现场提交材料时同步填写，含证明材料、补正材料等，每现场提交一次材料，均应填写一次清单；  2.材料性质是指材料系原件或者复印件或者电子存储介质（光盘、U盘等）；  3.本清单一式两份，核对无误后，双方签字确认，申请人和社会保险行政部门各留存一份。 | | | |

申请人（经办人）（签字）： 日期： 年 月 日

社会保险行政部门经办人（签字）： 日期： 年 月 日

附件3

×××人力资源和社会保障局

工伤认定申请受理决定书

鄂\*\*\*\*工伤受理〔年号〕\*\*\*\*\*号

：

你（单位）于 年 月 日提交 的工伤认定申请收悉。经审查，符合工伤认定受理条件，现予以受理。

（盖章）

年 月 日

（注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害职工或者其近亲属、用人单位各留存一份，并抄送社会保险经办机构。）

附件4

×××人力资源和社会保障局

工伤认定申请不予受理决定书

鄂\*\*\*\*工伤不予受理〔年号〕\*\*\*\*\*号

：

你（单位）于　　年　 月　 日提交 的工伤认定申请收悉。

经审查：

，不符合工伤认定的受理条件，现决定不予受理。

如对本决定不服，可在接到决定书之日起60日内向

申请行政复议，或者六个月内向 人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年 月 日

（注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害职工或者其近亲属、用人单位各留存一份，并抄送社会保险经办机构。）

附件5

×××人力资源和社会保障局

工伤认定申请补正材料告知书

鄂\*\*\*\*工伤补正〔年号〕\*\*\*\*\*号

：

您（贵单位）于 年 月 日向我局提交的 工伤认定申请收悉，根据《工伤保险条例》《工伤认定办法》《湖北省工伤保险实施办法》《湖北省工伤认定工作规程（试行）》的规定，经审核，需补充以下材料（打“√”的为需补充的材料）：

一、工伤认定申请应提交的材料（未能在规定时限内完成补正的，且超过工伤认定受理时限的，社会保险行政部门将不予受理）：

□1.工伤认定申请表；

□2.与用人单位存在劳动关系、人事关系的证明材料；

□3.医疗机构出具的医疗诊断证明（含职工受伤害时的初次诊断证明）或者依法承担职业病诊断的医疗、卫生机构出具的职业病诊断证明书（或者职业病诊断鉴定书）；

□4.有委托代理人的，提交授权委托书、委托代理人身份证明；

□5.受伤害职工近亲属提出申请的，提交有效的近亲属关系证明；

□6.工会组织提出申请的，提交工会介绍信和办理人身份证明。

二、有下列情形之一的，申请人分别提交证据材料：

□1.受伤害职工死亡的，提交死亡证明；

□2.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，提交人民法院生效裁决文书或者公安机关的证明或者其他有效证明；

□3.在上下班途中，受到非本人负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，提交有权机构出具的事故责任认定书、结论性意见或者人民法院生效裁决文书，或者其他相关部门的证明；

□4.因工外出期间，由于工作原因受到伤害的，提交有权机构出具的证明或者其他有效证明；因发生事故下落不明，提出因工死亡认定申请的，提交人民法院[宣告死亡](http://baike.baidu.com/subview/10824/10824.htm" \t "_blank)的法律文书；

□5.在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的，提交民政部门或者其他相关部门的证明；

□6.因战、因公负伤致残的转业、复员、退伍军人，到用人单位后旧伤复发的，提交《[中华人民共和国残疾军人证](http://baike.baidu.com/subview/10554687/10743763.htm" \t "_blank)》及[劳动能力鉴定委员会](http://baike.baidu.com/subview/4418981/4418981.htm" \t "_blank)的旧伤复发鉴定证明；

□7.其他特殊情况，需提交能够证明情况的材料。

1.

2.

3.

以上勾选材料请于 月 日前提交，待您（贵单位）将材料补齐后，我局再决定是否受理。

（盖章）

年 月 日

附件6

×××人力资源和社会保障局

工伤认定申请举证告知书

鄂\*\*\*\*工伤举证〔年号〕\*\*\*\*\*号

：

你单位 （受伤害职工姓名及身份证号码）以其

年 月 日 为由，于 年 月 日向我局提出工伤认定申请，我局已于 年 月 日依法受理。根据《工伤保险条例》第十九条、《工伤认定办法》第十七条和《湖北省工伤保险实施办法》第二十三条的规定，请你单位自收到本通知书之日起15日内将单位依法设立或注册登记的文件证明（营业执照或事业单位法人证书等）复印件、受伤人受伤救治经过的证明材料、对受伤人工伤认定的意见及其相关的有效证据等材料（以上材料一式两份）提交我局。逾期不提交，视为自动放弃举证权利，按照《工伤认定办法》第十七条和《湖北省工伤保险实施办法》第二十三条的规定，我局将依据申请人提供的证据材料依法做出认定结论。

（盖章）

年 月 日

附件7

×××人力资源和社会保障局

认定工伤决定书

鄂\*\*\*\*工伤认定〔年号〕\*\*\*\*\*号

申请人：　  
　　受伤害职工姓名： 性别： 年龄： 身份证号码：  
 用人单位： 法定代表人：  
　　职业/工种/工作岗位：  
　　事故时间： 年 月 日 事故地点：  
　　申请类别：（个人或单位）  
　　诊断时间： 年 月 日  
　　受伤害部位/职业病名称：  
　　受伤害经过、医疗救治的基本情况和诊断结论：

我局于　年　月　日受理　　　　　的工伤认定申请后，根据提交的材料调查核实情况如下：

　 　　　同志受到的事故伤害（或患职业病），符合《工伤保险条例》第　　条第　　款第　　项之规定，属于工伤认定范围，现予以认定（或视同）为工伤。  
　　如对本工伤认定决定不服的，可自接到本决定书之日起60日内向　　　　申请行政复议，或者六个月内向 人民法院提起行政诉讼。

（工伤认定专用章）

年 月 日

（注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害职工或者其近亲属、用人单位各留存一份，并抄送劳动能力鉴定机构、社会保险经办机构。）

附件8

×××人力资源和社会保障局

不予认定工伤决定书

鄂\*\*\*\*工伤不予认定〔年号〕\*\*\*\*\*号

申请人：

受伤害职工姓名： 性别： 年龄： 身份证号码：

用人单位： 法定代表人：  
 职业/工种/工作岗位：

我局于　 　 年 　月　　 日受理 的工伤认定申请后，根据提交的材料调查核实情况如下：

同志受到的伤害，不符合《工伤保险条例》第十四条、第十五条认定工伤或者视同工伤的情形（或者根据《工伤保险条例》第十六条第 项之规定，属于不得认定或者视同工伤的情形），现决定不予认定或者视同工伤。

如对本工伤认定结论不服的，可自接到本决定书之日起60日内向 申请行政复议，或者六个月内向 人民法院提起行政诉讼。

（工伤认定专用章）

年 月 日

（注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害职工或者其近亲属、用人单位各留存一份，并抄送劳动能力鉴定机构、社会保险经办机构。）

附件9

×××人力资源和社会保障局

工伤认定中止通知书

鄂\*\*\*\*工伤中止〔年号〕\*\*\*\*\*号

（申请人） ：

你（单位）于 年 月 日向我局提交 的工伤认定申请，我局已于 年 月 日依法受理。因

，根据《工伤保险条例》第二十条之规定，从即日起工伤认定予以中止，待中止情形消失后重新启动工伤认定程序。中止工伤认定的时间不计入工伤认定时限。

请你（单位）自收到有关部门作出的结论之日起5个工作日内向我局提交有关结论文书。

（盖章）

年 月 日

附件10

×××人力资源和社会保障局

工伤认定恢复通知书

鄂\*\*\*\*工伤恢复〔年号〕\*\*\*\*\*号

（申请人） ：

你（单位）于 年 月 日向我局提交 的工伤认定申请，我局已于 年 月 日依法受理。因

，工伤认定于 年 月 日起中止。

因 ，中止情形消失，我局决定从即日起恢复对（受伤害职工）的工伤认定程序。

（盖章）

年 月 日

附件11

×××人力资源和社会保障局

工伤认定终止通知书

鄂\*\*\*\*工伤终止〔年号〕\*\*\*\*\*号

申请人：　  
　　受伤害职工姓名： 性别： 年龄： 身份证号码：  
　　用人单位：  
　　职业/工种/工作岗位：  
　　事故时间： 年 月 日 事故地点：  
　　诊断时间： 年 月 日  
　　受伤害部位/职业病名称：  
　　受伤害经过、医疗救治的基本情况和诊断结论：

申请人于 年 月 日向我局提交 的工伤认定申请，我局已于 年 月 日依法受理。

因 ，经研究，依据《工伤保险条例》和《湖北省工伤保险实施办法》的规定，本次工伤认定予以终止。

（盖章）

年 月 日

（注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害职工或者其近亲属、用人单位各留存一份，并抄送社会保险经办机构。）

附件12

×××人力资源和社会保障局

（不予）认定工伤决定书更正通知

鄂\*\*\*\*工伤更正〔年号〕\*\*\*\*\*号

申请人：

受伤人： 性别： 身份证号码：

工种或岗位： 家庭住址：

用人单位：

单位地址：

申请人于 年 月 日向我局提交 的工伤认定申请，我局已于 年 月 日依法受理，作出了《（不予）认定工伤决定书》（文书编号），因 ，现将《认定或不予认定工伤决定书》中“ ”更正为： 。

（盖章）

年 月 日

（注：本通知一式三份，社会保险行政部门、受伤害职工或者其近亲属、用人单位各留存一份，并抄送劳动能力鉴定机构、社会保险经办机构。）

附件13

×××人力资源和社会保障局

撤销工伤认定决定书

鄂\*\*\*\*工伤撤销〔年号〕\*\*\*\*\*号

受伤人： 身份证号码：

岗位或工种： 家庭住址：

用人单位：

单位地址：

申请人于 年 月 日向我局提交 的工伤认定申请，我局已于 年 月 日依法受理，作出了《（不予）认定工伤决定书》（文书编号），并按照规定程序将决定书送达给受伤人及用人单位。因 ，不符合/符合《工伤保险条例》第 条规定的认定工伤情形，我局决定：

撤销我局于 年 月 日作出《（不予）认定工伤决定书》（文书编号）。

如对本决定不服，可自接到本决定书之日起60日内向

申请行政复议，或者六个月内向 人民法院提起行政诉讼。

（盖章）

年 月 日

（注：本决定书一式三份，社会保险行政部门、受伤害职工或者其近亲属、用人单位各留存一份，并抄送劳动能力鉴定机构、社会保险经办机构。）附件14

×××人力资源和社会保障局

送 达 回 证

|  |  |
| --- | --- |
| 案由 |  |
| 送达文书名称  及编号 |  |
| 受送达人 |  |
| 送达方式 |  |
| 送达地址 |  |
| 送达人员 |  |
| 受送达人签名  或盖章 | 签字：  年 月 日 |
| 代收人及  代收理由 | 理由：  签字：  年 月 日 |
| 备注 |  |

说明：1．送达文书应直接送交受送达人。本人不在时，交他的同住成年亲属签收，并在备注栏写明代收人与当事人的关系。

2．受送达人拒收文书时，送达人应邀请有关单位或其他人到场，说明情况，在回证上记明拒收事由，由送达人、见证人签名或盖章。送达人把文书留在受送达人的住处即视为送达。

3．直接送达有困难的，可委托送达或邮寄送达；受送达人下落不明或者上述方式无法送达的，可公告送达。