



工伤认定申请表

申请人: 李学林

受伤职工: 李学林

申请人与受伤职工关系: 本人

填表日期: 2015 年 9 月 9 日

职工姓名	李学彬	性别	男	出生日期	1987年12月1日
身份证号码	370425198712017610			联系电话	15089415483 15615816018
家庭地址	威海市经二路江国际B座5楼			邮政编码	264200
工作单位	爱杰(威海)人力资源服务有限公司			联系电话	13573748567
单位经办人	姜经理/蒋立新			联系电话	13573748567
单位地址	威海市经济技术开发区上海路193A座1205室			邮政编码	264200
职业、工种或工作岗位	电焊工			参加工作时间	2024年4月1日
事故时间、地点及主要原因	2025年8月5日下午5点左右,我在焊梯子时,航吊上掉零件砸到右脚,经医院诊断右脚踝及右足多发骨折。			诊断时间	2025年8月5日
受伤害部位	右脚踝及右足多发骨折			职业病名称	
接触职业病危害岗位				接触职业病危害时间	
提示	用人单位应当自事故伤害发生或者被诊断、鉴定为职业病之日起30日内提出工伤认定申请,参保单位未在规定时限提出工伤认定申请的,从发生之日到申请之日(不含申请当日)发生的符合《工伤保险条例》规定的工伤医疗费、住院伙食补助费、异地就医交通食宿费等由用人单位支付。				
受伤害经过简述 (可附页)	我2024年4月1日入职爱杰(威海)人力资源服务有限公司,公司安排我在广泰空港设备有限公司干活,2025年8月5日下午5点左右,我在焊梯子时,航吊上掉零件砸到右脚,经医院诊断右脚踝及右足多发骨折。				

申请事项: 本人在工作时受伤, 申请认定工伤。

申请人签字:

2025 年 9 月 9 日

(本栏由受伤职工或者其近亲属、工会组织填写)

用人单位意见:

经办人签字:

(公章)

年 月 日

经办人签字:

年 月 日

负责人签字:

(公章)

年 月 日

社会保险行政部门
审查受理意见

备注:

填表说明:

1.本表用钢笔或签字笔填写,字体工整清楚;也可按此表样式打印填写。

2.单位申请的,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,应当提交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。

其他证件类型:指非内地居民所持证件,类型包括港澳台居民居住证、港澳居民来往内地通行证、台湾居民来往大陆通行证、外国人永久居留证、外国人护照。

有下列情形之一的,还应当分别提交相应证据:

(1)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,提交公安部门的证明或者其他相关证明;

(3)因工外出期间,由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的,提交公安部门的证明或者相关部门的证明;

(4)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,提交公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明;

(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)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》及旧伤复发医学鉴定意见;

(7)人力资源社会保障部门根据案情实际情况需要,可以要求申请人提供与伤情有关的病历、影像报告等医学资料;

(8)申请人委托代理人办理工伤认定的,代理人应提交授权委托书。

7.申请事项栏,应写明受伤职工或者其近亲属、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。

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。

10.此表一式两份,社会保险行政部门、申请人各留存一份。