**《工伤认定申请办事指南》配套表格**

《工伤认定申请办事指南配套表格》包括三部分：

一是受理方面涉及的延长时限情况说明；

二是调查核实方面涉及的工伤认定证据材料清单及其附随的事故伤害部位确认书、证人基本情况；

三是办理手续方面涉及的法定代表人（或主要负责人）身份证明书、授权委托书、工伤职工领取工伤认定文书授权委托书等。

延长工伤认定申请时限申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位名称（加盖公章） |  |
| 单位注册地 |  |
| 申请事项 | 延长工伤认定申请时限 |
| 受伤职工姓名 |  | 受伤时间 |  |
| 申请延长工伤认定申请时限原因（在相应项打勾，或在其他处填写具体原因） | 由于受伤职工尚在住院治疗无法提交诊断证明等医学材料( )或职工在外地受伤( )或因交通事故受伤需等待交通事故责任书或者法院判决( )或其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,无法在30日内提出工伤认定申请材料。 |
| 申请延长时限 |  | 提出申请时间 |  年 月 日 |
| 经办人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 工伤行政部门初审意见 |   初审人： 年 月 日 |
| 工伤行政部门审核意见 |    审核人： 年 月 日 |

注：1.申请延长时限自事故发生之日或被诊断、鉴定为职业病之日起，最长不得超过一年。2.提出申请时间应当为自事故发生之日或被诊断、鉴定为职业病之日起30日内。

**工伤认定证据材料清单**

用人单位（公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 证据材料名称 | 份数 | 页数 | 证据材料属性（原件或复印件） | 备注 |
| 1 | 《工伤认定申请表》 |  |  | 原件 |  |
| 2 | 劳动关系或人事关系证明（附受伤害职工身份证或户口簿） |  |  | 原件（复印件） |  |
| 3 | 医疗机构诊断证明 |  |  | 原件（复印件） |  |
| 4 | “242号令”第八条规定的相关证明 |  |  | 原件（复印件） |  |
| 5 | 用人单位举证材料 |  |  | 原件（复印件） |  |
| 6 | 《事故伤害部位确认书》 |  |  | 原件 |  |
| 7 | 证人证言材料（含《证人基本情况》） |  |  | 原件（复印件） |  |
| 8 | 统一社会信用代码证书 |  |  | 复印件 |  |
| 9 | 法定代表人（主要负责人）身份证明书 |  |  | 原件 |  |
| 10 | 授权委托书（个人申请中委托近亲属或代理人的，提交近亲属关系证明或代理人委托书及身份证件） |  |  | 原件（复印件） |  |
| 11 | 工伤职工领取工伤认定文书委托书 |  |  | 原件 |  |
| 12 |  |  |  |  |  |

受伤害职工签字： 交件时间：

交件人签字: 收件人签字：

说明：

1.本证据材料清单为依据民法总则、国务院“586号令”、市政府“242号令”，结合市人力社保行政部门要求等规定，申请工伤认定时所需材料类别。

2.“5栏”用人单位举证材料一项可根据事故伤害对应的情形，提供证据材料，如涉及交通事故的，可填写单位考勤制度、出行路线、居住地信息内容等。

**事故伤害部位确认书**

（适用工伤认定）

我单位职工 于 年 月 日因

 受到事故伤害，经 医院诊断为：

上述诊断结果及受伤害部位经用人单位及受伤害职工本人确认属实。

受伤害职工签字：

受委托人签字：

用人单位公章

年 月 日

（注：为提高办事效率，本确认书，用人单位〔申请人〕在提出申请工伤认定同时一并提交。）

**证人基本情况**

（适用工伤认定）

证人1

姓名: 性别: 身份证号：

与受伤害职工关系：

工作单位： 职务（工种）：

联系地址： 联系电话:

证人2

姓名: 性别: 身份证号：

与受伤害职工关系：

工作单位： 职务（工种）：

联系地址： 联系电话:

证人1签字： 证人2签字：

附：证人身份证复印件

用人单位（公章）

年 月 日

（注：为提高办事效率，本证据材料在提出工伤认定申请时一并提交。个人申请的，用人单位公章部分省略。）

**法定代表人（或主要负责人）身份证明书**

现任我单位 职务，为法定代表人（或主要负责人），特此证明。

附：上述法定代表人（或主要负责人）

国籍：

性别：

年龄：

联系地址：

联系电话：

用人单位公章

年 月 日

（注：本授权委托书适用于工伤认定申请，由用人单位提出工伤认定申请时提交。）

**授权委托书**

委托单位：

法定代表人： 职务：

受委托人：

姓名： 工作单位：

职务： 联系电话：

联系地址：

姓名： 工作单位：

职务： 联系电话：

联系地址：

依据《中华人民共和国民法典》等有关规定，现委托上述受委托人办理我单位职工 工伤认定申请事项。上述受委托人权限为承认、放弃或者变更工伤认定事项请求，进行调解。

委托单位法定代表人（签名或盖章）：

受委托人（签名或盖章）：

受委托人（签名或盖章）：

（委托单位公章）

年 月 日

（注：本授权委托书于用人单位提出工伤认定申请时提交。）

**工伤职工领取工伤认定文书授权委托书**

本人因事故伤害等原因，不能现场领取工伤认定文书，特委托我单位职工 代为领取工伤认定材料，并代表本人在《北京市西城区人力资源和社会保障局送达回证》上签字确认。具体工伤认定文书种类以《北京市西城区人力资源和社会保障局送达回证》载明的结果为准。

委托人： 受委托人：

年 月 日