**工伤认定申请报告**

*No*

用人单位名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

认定申请人与工伤人员关系 □用人单位 □本人 □亲属 □工会

社会保障卡号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

工伤人员姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
事故发生(或职业病确诊)时间\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_\_时\_\_\_\_\_\_分

事故发生经过(简述)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 特别提醒:  《工伤保险条例》第17条规定:  1、用人单位应当自事故伤害发生之日或者被诊断，鉴定为职业病之日起30日的规定时限内，及时为本单位工伤人员向统筹地区劳动保障行政部门提出工伤认定申请。  2、用人单位未在上述规定的30日申请时限内为本单位工伤人员提出工伤认定申请，在此期间发生符合本条例规定的工伤待遇等有关费用由该用人单位负担。  3、遇有不可抗力等特殊情况，用人单位不能在规定的30日申请时限内为本单位工伤人员提出工伤认定申请的，须在上述规定的30日时限内，向劳动保障行政部门提交书面申请报告，经同意后申请时限可以适当延长。 |

申请人: 经办人:

年 月 日 年 月 日