

ཡང་གྲངས།

编号：

# ལས་ཁུངས་གཏན་འཁེལ་བྱེད་པའི་རེ་བྱུང་རེ་བྱུང་མིག 工伤认定申请表

རེ་བྱུང་བྱུང་མཁན།

申请人：

ལས་སྐྱོན་ཕོག་པའི་ལས་བཟོ།

受伤害职工：

རེ་བྱུང་བྱུང་མཁན་དང་གཞོན་འཛོལ་ཕོག་མཁན་ལས་བཟོའི་འབྲེལ་བ།

申请人与受害职工关系：

རེ་བྱུང་མིག་འགོད་ཀྱི་ལུགས།      ལོ་ལྔ་      ཚེས་      ཉིན།

填表日期：                      年                      月                      日

སྤྱི་ལོ་གོང་ལོ་ལྔ་མི་རྒྱུན་ཐོན་ཁུངས་དང་སྤྱི་ཚོགས་འགན་སྲུང་བྱེད་ཀྱིས་བཟོས།  
山南市人力资源和社会保障局制



## 填表说明：

1. 用钢笔或者签字笔填写，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的程度。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，应当提交受伤害职工的居民身份证；医疗机构出具的职工受伤害时出诊诊断证明书，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，提交公安部门的证明或者其他相关证明；
  - (三)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其他相关证明；
  - (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，提交公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明；
  - (五)在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者在48小时之内经抢救无效死亡的，提交医疗机构的抢救证明；
  - (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，提交民政部门或者其他相关部门的证明；
  - (七)属于因战、因公负伤致残的转业、复原军人，旧伤复发，提交《革命伤残军人证》以及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的确认。
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。
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. 此表一式二份，社会保险行政部门、申请人各留存一份。



ལས་བཟོའི་རུས་མིང་། 职工姓名	མ་ཚ། 性别	སྟེན་ལོ། 出生日期	ལོ་ཟླ་ཚེས་ ཉིན། 年 月 日
ཡུལ་མིའི་ཐོབ་ཐང་ལག་ཁྱེར་ཨང་གྲངས། 身份证号码		འབྲེལ་གཏུག་ཁ་བར། 联系电话	
བྱིས་ཚང་གི་སྡོད་གནས། 家庭住址		ཐུག་ཨང་། 邮政编码	
ལས་ཁུངས། 工作单位		འབྲེལ་གཏུག་ཁ་བར། 联系电话	
ལས་ཁུངས་གནས་ཡུལ། 单位地址		ཐུག་ཨང་། 邮政编码	
ལས་རིགས་དང་ལས་ལྗོངས་ ཡང་ན་ལས་གནས། 职业、工种或工作岗位		ལས་ཀར་ཞུགས་པའི་རུས་ཚེད། 参加工作时间	
ལས་འཛོལ་བྱུང་བའི་རུས་ཚེད། ས་ཚ། རྩེ་ལྗོངས་གཙོ་བོ། 事故时间、地点 及主要原因		ནད་དཔྱད་རུས་ཚེད། 诊断时间	
མས་སྦྱོན་ཕོག་ས། 受伤害部位		ལས་རིགས་ན་ཚེའི་མིང་། 职业病名称	
ལས་རིགས་ན་ཚེ་ ཕོག་སའི་ལས་གནས། 接触职业病危害岗位		ལས་རིགས་ན་ཚེ་ ཕོག་སའི་རུས་ཚེད། 接触职业病危害时间	
མས་སྦྱོན་ཕོག་པའི་ བརྗེད་རིམ་མདོར་བསྟུན། (གྲག་ལྗོངས་སྦྱོན་བྱས་ཚེག) 受伤害经过简述 (可附页)			

རེ་འདུན་ལུ་ཚུ་འདྲི་དོན་ཚན།  
申请事项:

རེ་འདུན་ལུ་མཁན་གྱི་མིང་ཉགས།  
申请人签字:

ལོ་      ཟླ་      ཚེས་  
年      月      日

མི་བེད་སློབ་མཁན་ཚན་པའི་བསམ་འཆར།  
用人单位意见:

ལས་སྐབ་བྱེད་མཁན་གྱི་མིང་།  
经办人签字:

གཞུང་ཐམ།  
(公章)

ལོ་      ཟླ་      ཚེས་  
年      月      日

སྤྱི་ཚོགས་  
འགན་བཙུགས་  
མིང་འདྲི་  
ཚན་པའི་  
ཞིབ་  
བཤེར་དབྱེད་  
ཡིག་དང་  
བདག་སློབ་  
བསམ་  
འཆར།

社会保  
险行政  
部门审  
查资料  
和受理  
意见

ལས་སྐབ་བྱེད་མཁན་གྱི་མིང་།  
经办人签字:

ལོ་      ཟླ་      ཚེས་  
年      月      日

འགན་འཁུར་མི་སྤྲིད་མིང་ཉགས།  
负责人签字:

གཞུང་ཐམ།  
(公章)

ལོ་      ཟླ་      ཚེས་  
年      月      日

བྱུང་མཆན།  
备注: