编号：

工伤认定申请（证据）材料接收清单

单位名称： 受伤害职工姓名：

 联系电话（手机）:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内 容 | 是否提交 | 是否原件 | 份数 | 页码 |
| 1 | 《工伤认定申请表》 | √ | √ |  |  |
| 2 | 受伤害职工的身份证明 | √ |  |  |  |
| 3 | 医疗诊断证明书或职业病诊断(鉴定) 证明书 | √ |  |  |  |
| 4 | 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人事、劳动关系的证明 | √ |  |  |  |
| 5 | 用人单位工伤认定证明材料 | 　 |  |  |  |
| 6 | 工伤认定自述材料 | 　 |  |  |  |
| 7 | 工伤认定证人证言 |  |  |  |  |
| 8 | 用人单位营业执照或法人登记证书 |  |  |  |  |
| 9 | 病历、影像报告资料 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |

申请人（经办人）签字： 联系电话（手机）：

提交日期： 年 月 日

人力社保行政部门经办人签字： （公章）

 年 月 日

注：1、本清单一式两份，人力社保行政部门、申请人各留存一份；

 2、职工本人或者其近亲属申请工伤认定时，上述材料应提交两套。