|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤事故报案单 | | | | |
| 报案日期 | 年 月 日 时 分 | 报案人姓名 |  |
| 用人单位 |  | 报案人电话 |  |
| 用人单位地址 |  | 用人单位电话 |  |
| 事故时间 | 年 月 日 时 分 | 事故地点 |  |
| 职工姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 是否参保 |  |
| 事故发生经过 |  | | |
| 单位盖章或 经办人签字 | 年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |