

# 行政起诉状

## ( 工伤保险资格或者待遇认定 )

说明：

为了方便您更好地参加诉讼，保护您的合法权利，请填写本表。

1. 起诉时需向人民法院提交证明您身份的材料，如身份证复印件、营业执照复印件等。
2. 本表所列内容是您参加诉讼以及人民法院查明案件事实所需，请务必如实填写。
3. 本表有些内容可能与您的案件无关，您认为与案件无关的项目可以填“无”或者不填；对于本表中勾选项可以在对应项打“√”；您认为另有重要内容需要列明的，可以另附页填写。
4. 本表word电子版填写时，相关栏目可复制粘贴或扩容，但不得改变要素内容、格式设置。例如，多原告、多被告或多委托诉讼代理人等情况，可根据实际情况复制粘贴；需填写文字较多时，可根据实际对栏目进行扩容等。

★特别提示★

诉讼参加人应遵守诚信原则如实认真填写表格。

如果诉讼参加人违反有关规定，虚假诉讼、恶意诉讼、滥用诉权，人民法院将视违法情形依法追究法律责任。

### 当事人信息

原告 ( 自然人 )	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期：年月日 民族： 工作单位：职务： 联系电话： 住所地 ( 户籍所在地 )： 经常居住地： 证件类型： 证件号码：
原告 ( 法人、非法人组织 )	名称： 住所地 ( 主要办事机构所在地 )： 法定代表人 / 负责人：职务： 联系电话：
委托诉讼代理人	有 <input type="checkbox"/> 姓名： 单位：职务： 联系电话： 代理权限：一般授权 <input type="checkbox"/> 特别授权 <input type="checkbox"/>

	无 <input type="checkbox"/>
被告 ( 行政机关或者法律、 法规、规章授权的 组织 )	名称： 住所地 ( 主要办事机构所在地 )： 法定代表人 / 负责人：职务： 联系电话：
第三人 ( 自然人 )	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期：年月日 民族： 工作单位：职务： 联系电话： 住所地 ( 户籍所在地 )： 经常居住地： 证件类型： 证件号码：
第三人 ( 法人、非法人组织 )	名称： 住所地 ( 主要办事机构所在地 )： 法定代表人 / 负责人：职务： 联系电话：
<b>诉讼请求</b>	
( 可完整表述诉讼请求；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写 )	
1. <input type="checkbox"/> 撤销认定工伤决定	
2. <input type="checkbox"/> 撤销不予认定工伤决定	
3. 是否主张诉讼费用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. <input type="checkbox"/> 其他请求	
<b>事实与理由</b>	

( 可完整表述纠纷涉及的事实与理由；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写 )

1. 职工与用人单位是 否存在劳动关系	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 本案起诉前已经就 是否存在劳动关系申请 劳动仲裁或提起民事诉 讼	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 职工工作岗位	
4. 职工发生事故伤害 或者被诊断、鉴定 为职业病时间	年月日
5. 行政机关作出认定 工伤决定书或者不 予认定工伤决定书 的文号及时间	文号： 时间：年月 日
6. 当事人收到关于 工伤决定等文书的 时间（如未收到关于 工伤决定等文书，请 填写提出履责申请 的时间）	年月日
7. 工伤决定是否存在 违法之处	<input type="checkbox"/> 是具体情形： <input type="checkbox"/> 否
8. 是否就同一争议申 请过复议或者提起 过其他诉讼	<input type="checkbox"/> 是 列明案号、时间、受理机关、处理结果等具体情况： <input type="checkbox"/> 否
9. 其他需要说明的内 容（可另附页）	
10. 证据清单（可另 附页）	

具状人（签字、盖章）：

日期：

# 实例

## 行政起诉状

### ( 工伤保险资格或者待遇认定 )

说明：

为了方便您更好地参加诉讼，保护您的合法权利，请填写本表。

1. 起诉时需向人民法院提交证明您身份的材料，如身份证复印件、营业执照复印件等。

2. 本表所列内容是您参加诉讼以及人民法院查明案件事实所需，请务必如实填写。

3. 本表有些内容可能与您的案件无关，您认为与案件无关的项目可以填“无”或者不填；对于本表中勾选项可以在对应项打“√”；您认为另有重要内容需要列明的，可以另附页填写。

4. 本表word电子版填写时，相关栏目可复制粘贴或扩容，但不得改变要素内容、格式设置。例如，多原告、多被告或多委托诉讼代理人等情况，可根据实际情况复制粘贴；需填写文字较多时，可根据实际对栏目进行扩容等。

★特别提示★

诉讼参加人应遵守诚信原则如实认真填写表格。

如果诉讼参加人违反有关规定，虚假诉讼、恶意诉讼、滥用诉权，人民法院将视违法情形依法追究法律责任。

#### 当事人信息

原告 ( 自然人 )	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期： 年 月 日 民族： 工作单位： 职务： 联系电话： 住所地( 户籍所在地 )： 经常居住地： 证件类型： 证件号码：
原告 ( 法人、非法人组织 )	名称： ×× 服务有限公司 住所地( 主要办事机构所在地 )：×× 省 ××市 ××区 ×× 街道 ×× 号法定代表人 / 负责人：李 ×× 职务：执行董事兼总经理 联系电话： ××××××××××
	有 <input checked="" type="checkbox"/> 姓名：张×× 单位： ×× 律师事务所 职务：律师

委托诉讼代理人	联系电话：×××××××××××× 代理权限：一般授权 <input checked="" type="checkbox"/> 特别授权 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
被告 (行政机关或者法律、法规、规章授权的组织)	名称：××省××市人力资源和社会保障局 住所地(主要办事机构所在地)：××省××市××区××街道××号 法定代表人/负责人：胡××职务：局长 联系电话：××××××××××××
第三人(自然人)	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期：年月 日 民族： 工作单位： 职务： 联系电话： 住所地(户籍所在地)： 经常居住地： 证件类型： 证件号码：
第三人(法人、非法人组织)	名称： 住所地(主要办事机构所在地)： 法定代表人/负责人： 职务： 联系电话：
<b>诉讼请求</b>	
(可完整表述诉讼请求；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写)	
1. <input checked="" type="checkbox"/> 撤销认定工伤决定	
2. <input type="checkbox"/> 撤销不予认定工伤决定	
3. 是否主张诉讼费用	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. <input type="checkbox"/> 其他请求	
<b>事实与理由</b>	
认定工伤决定事实不清，证据不足，适用法律错误，作出程序违法。	
1. 职工与用人单位是否存在劳动关系	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 本案起诉前已经就是否存在劳动关系申请劳动仲裁或提	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否

起民事诉讼	
3. 职工工作岗位	××小区保洁员
4. 职工发生事故伤害或者被诊断、鉴定为职业病时间	2022年8月17日
5. 行政机关作出认定工伤决定书或者不予认定工伤决定书的文号及时间	文号：××号《认定工伤决定书》 时间：2022年10月26日
6. 当事人收到关于工伤决定等文书的时间（如未收到关于工伤决定等文书，请填写提出履责申请的时间）	2022年12月9日
7. 工伤决定是否存在违法之处	<input checked="" type="checkbox"/> 是 具体情形： 1. 认定工伤决定事实不清，证据不足。…… 2. 被告作出的认定工伤决定适用法律错误。…… 3. 被告作出的认定工伤决定程序违法。…… <input type="checkbox"/> 否
8. 是否就同一争议申请过复议或者提起过其他诉讼	<input type="checkbox"/> 是 列明案号、时间、受理机关、处理结果等具体情况： <input checked="" type="checkbox"/> 否
9. 其他需要说明的内容（可另附页）	
10. 证据清单（可另附页）	1. 认定 / 不予认定工伤决定 2. 符合 / 不符合认定工伤的证明材料 3. 其他

具状人（签字、盖章）：×× 服务有限公司

日期：××年 ××月 ××日