用人单位上报职工工伤认定材料真实性承诺书

致长春市人力资源和社会保障局：

本单位全称： 统一社会信用代码： ，注册地址： ，法定代表人： ，联系电话： 。

现就本单位职工 （身份证号码： ，岗位： ）于 年 月 日 时在 （事故地点）因 （事故原因）时受伤的工伤认定申报事宜，本单位郑重作出如下承诺：

1. 本单位已对此次申报工伤认定所提交的全部材料（含劳动关系证明、事故说明、证人证言、首次就医诊断材料及承诺书等）进行严格审核，确认所有材料均真实、完整、有效，系依据事故真实情况及职工实际伤情收集整理，无任何伪造、篡改、虚构或隐瞒关键信息的情形。

2. 本单位保证所陈述的工伤事故经过、职工劳动关系状况、伤情与工作关联性等内容均客观属实，与提交材料记载一致，未诱导、胁迫职工或证人提供虚假信息，未虚构劳动关系或工伤事实。

3. 本单位已依法为该职工缴纳工伤保险，此次申报严格遵循《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》等相关法律法规规定，不存在骗取工伤保险待遇的主观意图和行为。

4. 若经核查发现本单位提交的材料存在虚假、不实或违规申报情况，本单位自愿承担全部法律责任：包括但不限于由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；赔偿因此给工伤保险基金及相关方造成的全部损失；若情节严重构成犯罪的，依法接受刑事处罚，并配合相关部门案件移送工作。

5. 本单位愿意积极配合工伤认定行政部门的调查核实工作，如实提供补充材料、说明情况，不推诿、不阻挠调查工作开展。

授权委托补充条款（如委托他人办理）

若本单位委托授权他人代为办理本次工伤认定相关事宜，受托人信息如下：

受托人姓名：

身份证号码：

联系地址：

联系电话：

代理权限：代为提交工伤认定材料、代为签收法律文书、协助接受调查核实本单位确认受托人行为产生的法律后果均由本单位承担，受托人需遵守本承诺书全部承诺内容。

本承诺书自单位盖章、法定代表人（或授权委托人）签字之日起生效，作为工伤认定申报的必备材料一并提交。

用人单位（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

授权委托人（签字，如有）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

承诺日期： 年 月 日