|  |  |
| --- | --- |
| 鉴定依据 |  |
| 专家组意见：   * 符合完全丧失劳动能力； * 符合大部分丧失劳动能力； * 不符合完全或大部分丧失劳动能力；   其他： 。鉴定专家签名：1． 2． 3．  年 月 日 | |
| 劳动能力鉴定委员会结论：   * 符合完全丧失劳动能力； * 符合大部分丧失劳动能力； * 不符合完全或大部分丧失劳动能力；   其他 。  苏州市劳动能力鉴定委员会年 月 日 | |

苏州市职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定申请表

# 流水号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请信息 | 被鉴定人姓名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 彩色一寸免冠照片 |
| 性别 |  | 出生年月 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 公民身份号码  （社会保障号） | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 移动电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被鉴定人送达地址 | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位全称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位联系人 | |  | | | | | | | | 移动电话 | | | | | |  | | | | | |
| 单位送达地址 | | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注：挂靠人员填写档案/保险挂靠单位，并由挂靠单位盖章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | 申请人类型  （可多选） | | □用人单位 □职工或者其近亲属 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类别 | | □初次鉴定申请 □复核鉴定申请 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定目的（单选） | | □非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定  □申请享受非因工供属待遇人员丧失劳动能力鉴定  □申请享受工伤供属待遇人员丧失劳动能力鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要病伤情况简介 | 主要疾病 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病伤初发时间病程持续时间 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病伤发生情况及初次诊断 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要病伤情况简介 | 治疗过程简况 |  | | | | |
| 目前病伤情况 |  | | | | |
| 申请劳动能力鉴定理由 |  | | | | | |
| 申报事项确认栏 | 申请复核鉴定 需填写的信息内容 | 收到初次鉴定结论日期结论送达部门盖章确认） | | | 年 月 | 日 |
| 结论书编号 | | |  | |
| 鉴定结论 | | |  | |
| 申请材料 | 1．二代身份证复印件； | | | | |
| 2．按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的门诊病历、病理报告、出院小结等完整有效的病历材料； | | | | |
| 3．供养亲属证明； | | | | |
| 4．历次鉴定结论复印件； | | | | |
| 5．劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。 | | | | |
| 被鉴定人（签名）  年 | 月 | 日 | 单位或相关部门（盖章）  年 月 | | 日 |
| 本人医疗期满或医疗终结，承诺所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  承诺人（签名）： 年 月 日 | | | | | | |

注：1．填表请用钢笔、签字笔，字迹工整。

1. 复核鉴定应在收到初次鉴定结论之日起 15 日内提出申请。
2. 如有疑问请咨询工作人员。

通讯地址：苏州市姑苏区桐泾北路 11 号 固定电话：0512-66090151

# 流水号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被鉴定人信息 | 被鉴定人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 用人单位全称 |  | | | | |
| 鉴定科目 |  | | | | | |
| 病情介绍 | 科检查情况： | | | | | |