苏病鉴申字〔 〕第 号

苏州市职工非因工伤病劳动能力鉴定申请表

伤病职工：

单位名称（单位公章：）

单位地址：

邮政编码：

单位联系电话：

单位联系人：

填表日期：

苏州市人力资源和社会保障局 制

受理编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被鉴定人姓 名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 贴一寸  近期照片处 |
| 身份证  号 码 |  | | | | 是否参保 | |  | |
| 现居住  地 址 |  | | | | | | | |
| 伤病发生时 间 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 原鉴定时间及等级 |  | | | | | | | | |
| 伤 病 情 况 | 简要病情及治疗经过： | | | | | | | | |
| 职工本人签字 | |  | | | | 监护人签字 | |  | |
| 市（区）劳动  保障部门意见 | | 年 月 日（公章） | | | | | | | |
| 说明：1.表格封面盖好单位公章（没有单位的盖好职工档案托管单位章）；打开贴好照片、非市本级参保的需在左下角空格内加盖参保区劳动保障部门公章；左半边填写完整，右半边不用填写，并同时提供以下材料：a.申请人因病鉴定申请书(用A4纸写，包括姓名、性别、身份证号、何时生什么病、住院几次、病情大致情况、对劳动能力造成的影响。最后申请病退鉴定。申请人签名、日期）；  b．职工身份证双面复印件；  c．伤病职工门诊病历（含封面）、病理报告、拍片报告、手术记录、出院记录等有关材料复印件；  d．精神病人申报劳动能力鉴定时需经监护人签字确认，提供广济医院就诊门诊号码；  e．职工供养直系亲属劳动能力鉴定，需提供被鉴定人与职工之间直系亲属关系的有关证明材料。  2．递交时间：工作日上午9点~11点；地址：桐泾北路11号一楼大厅， 联系电话：0512-66090151。 | | | | | | | | | |
| **以下内容由劳动能力鉴定委员会填写:** | | | | | | | | | |
| 医学分科类别： | | | | | | | | | |
| 简要病情及治疗经过：  医疗检查和技术鉴定情况：  劳动功能障碍程度：残情  参照鉴定标准 级 条，拟定  医 师（签名）：  　　 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 鉴定结论：  根据《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准》、《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》，经苏州市劳动能力鉴定委员会作出如下鉴定结论：  1．病残程度为\_\_\_\_\_\_\_\_级  苏州市劳动能力鉴定委员会章  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日 | | | | | | | | | |