鉴定类别： □初鉴 □复鉴 □遗属供养 □委托鉴定

鉴定科别： 医检编号： 鉴定编号：

因病（非因工）致残

丧失劳动能力鉴定申请表

单位（公章）

姓 名

达州市劳动能力鉴定委员会办公室

因病（非因工）致残丧失劳动能力鉴定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 出生年月 |  | | | | 照 片 |
| 性 别 | |  | 身份证号 |  | | | |
| 居 住  地 址 | |  | | 邮政编码 | |  | |
| 联系电话 | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | |
| 单位详细  地 址 | |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 联系电话 | |  |
| 参加工作  时 间 | |  | 病（伤）发生时间 |  | | □因病 □非因工 | | |
| 住院医院 | |  | 医疗科目 |  | | 住院次数 | |  |
| 基本养老保险参保地 | |  | | | | 缴费年限 |  | |
| 单位性质 | | □机关事业单位 □企业单位 □个 体 □其 他 | | | | | | |
| 鉴定事项 | | □病退休 □病残津贴 □遗属供养 □委托鉴定 | | | | | | |
| 伤病情况及医疗经过 |  | | | | | | | |
| 单位意见 | 年 月 日（公章） | | | 社会保险经办机构审核意见 | 年 月 日（公章） | | | |

|  |
| --- |
| 县（市、区）级二级甲等以上医院检查诊断意见  主检医师签名 医院签章：  年 月 日 年 月 日 |
| 鉴定依据：  专家组意见：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  专家1： 专家2： 专家3：  专家4： 专家5： 年 月 日 |
| 劳动能力鉴定委员会结论：  经审定，非因工伤残或因病丧失劳动能力程度为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_丧失劳动能力。  审核人签名（印章）：  年 月 日 |
| 告知事项：本次劳动能力鉴定结论将在《达州市人力资源和社会保障局》网站首页“通知公告”－栏内进行公示。监督电话：0818－3322253. |

注意事项：

一、劳动能力鉴定申请

单位职工或者个人（含个体身份参保人员），以及供养亲属因病（非因工负伤）经治疗伤病情相对稳定后，影响劳动能力，需要进行丧失劳动能力程度鉴定的，须由用人单位或个人按规定向达州市劳动能力鉴定委员会办公室提出丧失劳动能力程度鉴定申请。

二、申请丧失劳动能力鉴定应提交以下材料

（一）因病（非因工）申请丧失劳动能力鉴定由本人书面申请，单位书面证明；同进提交填写完整的因病（非因工）致残丧失劳动能力鉴定申请表（单位职工由单位和社保局加盖印章；个体身份由参保地社保局审核后加盖印章）；

（二）近期一寸免冠照片（粘贴到申请表指定位置）；

（三）被鉴定人身份证及复印件（被鉴定人如有精神、智能障碍，还需监护人身份证复印件并签字认可）；

（四）提供近3年在二级甲等及以上医疗机构住院治疗的伤、病诊断、检验等原始住院病历、住（出）证明、住院发票原件或有效复印件；同时对所提供的相关资料真实性作出书面承诺。

企业、事业单位职工女满45周岁，男满50周岁申请病退休鉴定的，除前款资料外，还应提供后续治疗半年以上（相同病种住院2次以上，不受此限止），包括门诊治疗的有关资料；

（五）属精神病的，需提供3－5年以上的住院原始病历及有效复印件；

（六）原劳动（人事）部门招录用工通知书复印件，现用人单位劳动合同复印件和养老保险缴费《个人基本情况表》，养老保险缴费年限满15年；

（七）劳动能力鉴定委员会认为有必要提交的其他材料。