

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)		<input type="checkbox"/> 用人单位 <input type="checkbox"/> 职工或者其近亲属														
	申请类别		<input type="checkbox"/> 初次鉴定申请 <input type="checkbox"/> 复核鉴定申请														
	鉴定目的 (单选)		<input type="checkbox"/> 非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定 <input type="checkbox"/> 申请享受非因工供属待遇人员丧失劳动能力鉴定 <input type="checkbox"/> 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)		单位或相关部门(盖章)	
年 月 日		年 月 日	
<p>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。</p> <p>承诺人(签名): 年 月 日</p>			

注: 1. 填表请用钢笔、签字笔, 字迹工整。

2. 复核鉴定应在收到初次鉴定结论之日起 15 日内提出申请。

3. 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					
以下内容由劳动能力鉴定委员会填写						
鉴定 科目						
病情 介绍	_____科检查情况：					

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