

非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请表

鉴定机构名称:

申请编号: 20____-____

职工信息栏	职工姓名：		性别：	参保年限_____年	一寸近期免冠 彩色照片
	证件类型	居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>			
	证件号码				
	职工手机号码： <div>(此电话用于接收现场鉴定通知)</div>				
	家庭住址：_____省_____市_____县（市、区）_____街道（乡镇）_____				
用人单位信息栏	单位名称：				
	单位联系人：		身份证号码：		
	联系人手机号： <div>(此电话用于接收现场鉴定通知)</div>				
	用人单位地址：_____省_____市_____县（市、区）_____街道（乡镇）_____				
申报事项确认栏	申请鉴定类型选择： <input type="checkbox"/> 1、非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定 <input type="checkbox"/> 2、遗属丧失劳动能力程度鉴定 <input type="checkbox"/> 3、其他				
	申报病种： <div>(疾病诊断名称)</div>				
	提交病历资料明细				
	病历类型 (门诊/住院)	治疗时间	医疗卫生机构名称		住院号(病历类型为住院需填写)
	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院				
	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院				
	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院				
	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院				
	<input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院				

伤（病）情况简介（包括病种、部位、程度、治疗过程等情况）（可另附纸）：	
送达 方式 确认 栏	请选择鉴定结论送达方式： <input type="checkbox"/> 1、窗口送达 <input type="checkbox"/> 2、邮寄送达 <input type="checkbox"/> 3、电子送达
	1、选择窗口领取方式：请单位联系人按照通知要求到劳动能力鉴定窗口领取
	2、选择邮寄方式送达：请填写邮寄送达地址，收件人_____；收件人手机号码_____；邮寄地址_____。 3、选择电子送达方式：请填写邮箱_____。
<div>申请人承诺</div> <p>本鉴定为本人自愿申请，本表所填内容及所提交的材料真实有效。如存在虚假情形，本人愿意承担相关责任。</p> <p>职工签字（按手印）：</p> <p>年 月 日</p>	<div>申报单位承诺</div> <p>本单位对职工提交的相关材料已经审核，职工参保时间和年龄符合因病鉴定要求，其情况属实。</p> <p>审核人签字：</p> <p>（单位盖章）</p> <p>年 月 日</p>
<div>主管单位意见：</div> <p>（主管单位盖章）</p> <p>年 月 日</p>	