附件1

**因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申请书**

姓名\_\_\_\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_\_，身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位职工，申请参加2025年度职工因病或非因工伤残劳动能力鉴定，申请人承诺遵守国家及我省劳动能力鉴定政策规定，所提供的全部材料真实有效，如提供虚假材料愿承担法律责任。

 申请人(法定监护人)签字：

 2025年 月 日

本单位确定上述内容为申请人本人真实意思表达，签字为申请人本人或其法定监护人本人，如有不实由本单位承担责任。

（公章）

 2025年 月 日

**注：此申请书用人单位自行存档。仅代表申请人提出劳动能力鉴定申请，其通过鉴定达到完全丧失劳动能力标准后，可在规定时限内视个人意愿决定是否提出病残津贴申请。**

附件2

**参保缴费证明**

经查，姓名\_\_\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，已参加城镇企业职工基本养老保险及参加试点事业单位养老保险，其视同缴费年限和实际缴费年限累计\_\_\_\_\_\_\_月，且截止到\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，已按时足额缴纳基本养老保险费，无欠费。

特此证明。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_社保经办机构（公章）

2025年 月 日

**注：此参保缴费证明用人单位自行存档。**

附件3（正反面打印）

**因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申请表**

申报单位：（全称，必填） 劳鉴序号：（与名册序号一致）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  | 一寸免冠彩色近照 |
| 性 别 |  | 参加工作时间 |  年 月 |
| 视同缴费年限 |  月 | 实际缴费年限 |  月 |
| 医疗资料核实结果 | □真实 |
| 申报病种名称 |  |
| 本人自述疾病、伤残及治疗情况 |  |
| 基层单位或档案管理部门申报意见 | 2025年 月 日 | 市级人力资源和社会保障部门或主管部门审核意见 | 2025年 月 日 |

**注：1.此表由申请劳鉴人员所在单位负责填报，一式一份；**

**2.此表中的数据项目不作为病残津贴审批依据，最终结果以人社部门认定为准。**

**劳动能力鉴定（结论）表**

|  |
| --- |
|  |
| 影像号码： |
| 专家组意见：内：□劳社部发〔2002〕8号 条款，结论：□完全 □大部分 □部分□GB/T16180-2014 级 条款，结论： 级外：□劳社部发〔2002〕8号 条款，结论：□完全 □大部分 □部分□GB/T16180-2014 级 条款，结论： 级五：□劳社部发〔2002〕8号 条款，结论：□完全 □大部分 □部分□GB/T16180-2014 级 条款，结论： 级精：□劳社部发〔2002〕8号 条款，结论：□完全 □大部分 □部分□GB/T16180-2014 级 条款，结论： 级 |
| 鉴定专家盖章： 2025年 月 日 |
| 劳动能力鉴定委员会结论： 2025年 月 日 |

**注：本页劳动能力鉴定委员会留存。（申请人与所在单位不可填写）**

附件4

**因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申报名册**

|  |
| --- |
| 申报单位（公章）：（全称，必填）  |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **视同缴费实际缴费累计年限** | **申报劳动能力鉴定疾病名称** | **疾病科别** | **病历编号** | **所住医院全称** | **入院时间** | **出院时间** | **劳鉴****所在市** | **所在单位** | **备注** |
| 1 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 2 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 3 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 4 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 5 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 6 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 7 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 8 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 9 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |
| 10 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  | 　 |

填报人： 联系电话： 填报时间：

**注：疾病科别：内科、外科、五官科、精神科。**