

职工因病或非因工致残人员丧失劳动能力鉴定申请表

因病或非因工致残被鉴定人信息栏	姓名：_____	二寸近期免冠彩色照片
	参加职工基本养老保险：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	证件类型（请在 <input type="checkbox"/> 内打√，单项选择） 居民身份证 <input type="checkbox"/> 社会保障卡 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	
	证件号码：_____	
	联系电话（手机）：_____	
用人单位信息栏	指定送达方式：短信送达 <input type="checkbox"/> 现场送达 <input type="checkbox"/> 指定受送达人：_____ 身份证号：_____	
	联系电话（手机）：_____	
	用人单位名称：_____	
	用人单位联系人：_____	
	指定送达方式：短信送达 <input type="checkbox"/> 现场送达 <input type="checkbox"/> 指定受送达人：_____ 身份证号：_____	
申报事项信息栏	联系电话（手机）：_____	
	指定送达方式：短信送达 <input type="checkbox"/> 现场送达 <input type="checkbox"/> 指定受送达人：_____ 身份证号：_____	
	联系电话（手机）：_____	
申报事项信息栏	申请类型选择（请在 <input type="checkbox"/> 内打√，单项选择）： <input type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 再次鉴定	
	申请主体（请在 <input type="checkbox"/> 内打√，单项选择）： <input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 职工本人	
	<input type="checkbox"/> 3. 近亲属：姓名_____；与职工关系_____； 身份证号码：_____	

申报事项信息栏	<p>主要病残情况简介（包括主要病残、初发诊断及时间、持续病程、治疗情况、目前残病情况等，与所提供的病历、诊断等医疗材料一致，可另附页）：</p>	
	<p>本人承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。 本人或近亲属签名：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>	<p>本单位承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。 用人单位签字（盖章）：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>

备注：此表仅用于申请企业职工基本养老保险病残津贴因病或非因工劳动能力鉴定，并由申请人填写，请准确填写各项信息并正反面打印。