因病（非因工）丧失劳动能力鉴定申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工信息 | 职工姓名： | | 一寸近期  免冠彩色  照片 |
| 证件类型： 居民身份证□ 其他□ | |
| 身份证件号码： | |
| 疾病名称（应与《出院证明》及《病案记录》记载名称相一致，以最严重病情填写）： | | |
| 本人或亲属联系电话（必填一项）： （代理人）： | | |
| 邮寄地址：  收 件 人： 收件人联系电话： | | |
| 用人单位信息 | 用人单位名称： 统一社会信用代码： | | |
| 用人单位联系人： 联系电话： | | |
| 邮寄地址：  收 件 人： 收件人联系电话： | | |
| 申报事项确认栏 | 申请鉴定类型选择（请在□内打√单项选择）  一、初次鉴定 二、复查鉴定  □1.因病（非因工）丧失劳动能力程度： □1.因病（非因工）丧失劳动能力程度  □2.其他 □2.其他 | | |
| 申请主体（请在□内打√单项选择）  □1.用人单位 □2.职工或者其近亲属 □3.社会保险经办机构 | | |
| 申请人签名或者盖章：  年 月 日 | 申请单位盖章：  年 月 日 | |
| 承诺事项 | \*本人（本单位）郑重承诺：已准确、完整地填写职工和用人单位有关信息，所提供的诊断证明和相关病历材料均真实、有效，若有造假，自愿承担一切法律责任及后果。  承诺人（承诺单位）：  年 月 日 | | |