

附件 1

因病或非因工致残人员丧失劳动能力 鉴定申请书

姓名_____，性别_____，身份证号码_____，系
_____单位职工，申请参加2026
年度因病或非因工致残人员丧失劳动能力鉴定，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：

2026年 月 日

本单位确定上述内容为申请人本人真实意思表示，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)

2026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)

2026年 月 日

注:此参保缴费证明用人单位自行存档。

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:		一寸近期 免冠彩色 照片
	待遇领取地或最后参保地: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	居民身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□□□		
	联系电话 (必填一项): _____ (手机) _____ (手机二)		
	指定送达地址: 指定受送达人: _____ 邮编□□□□□□		
用人单位信息栏	用人单位名称:		
	用人单位联系人:		
	联系电话: (必填一项): _____ (手机) _____ (手机二)		
	指定送达地址: 指定受送达人: _____ 邮编□□□□□□		
申报事项信息栏	申请类型选择 (请在□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□内打√, 单项选择): <input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 被鉴定人		
	<input type="checkbox"/> 3. 近亲属: 姓名_____; 与被鉴定人关系_____; 身份证件号码: _____; _		
	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、目前病残情况等):		
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。 申请人签名 (盖章): _____ 年 月 日		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。 申请单位签字 (盖章): _____ 年 月 日	
		县 (市、区) 人社部门 签字 (盖章): _____ 年 月 日	

(注: 本页由申请人填写, 请准确填写各项信息)

因病或非因工致残人员丧失劳动能力鉴定（结论）表

内 科 外 科 五 官 科 精 神 科 肿 瘤 科

被鉴定人姓名:
病残情况介绍:
影像号码:
<p>专家组意见:</p> <p>内: <input type="checkbox"/> 劳社部发(2002)8号_____条款, 结论: <input type="checkbox"/>完全<input type="checkbox"/>大部分<input type="checkbox"/>部分 <input type="checkbox"/>GB/T16180-2014_____条款, 结论: _____级</p> <p>外: <input type="checkbox"/> 劳社部发(2002)8号_____条款, 结论: <input type="checkbox"/>完全<input type="checkbox"/>大部分<input type="checkbox"/>部分 <input type="checkbox"/>GB/T16180-2014_____条款, 结论: _____级</p> <p>五: <input type="checkbox"/> 劳社部发(2002)8号_____条款, 结论: <input type="checkbox"/>完全<input type="checkbox"/>大部分<input type="checkbox"/>部分 <input type="checkbox"/>GB/T16180-2014_____条款, 结论: _____级</p> <p>精: <input type="checkbox"/> 劳社部发(2002)8号_____条款, 结论: <input type="checkbox"/>完全<input type="checkbox"/>大部分<input type="checkbox"/>部分 <input type="checkbox"/>GB/T16180-2014_____条款, 结论: _____级</p>
鉴定专家签字或盖章:
年 月 日
<p>劳动能力鉴定委员会结论: (劳动能力鉴定委员会根据专家组意见作出)</p> <p>经审定, 符合: _____丧失劳动能力。</p> <p>审核人签名(印章):</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>

(注: 本页劳动能力鉴定委员会留存)

附件 4

因病或非因工致残人员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。