

填表说明

一、填表注意事项

1. 本表必须由用人单位用 A3 纸正反两面打印，并打印规范、齐整；
2. 本表反诘填写 1 份；
3. 本表照片须为申报前 1 个月内照片；
4. “近两年住院治疗情况”一栏填写所提交住院病历相关情况；
5. 本表第 1 页由申请鉴定职工、单位和县区如实填写，第 2 页由市鉴定部门填写。

二、申请时需提交的材料

1. 近期由县级以上（含县）指定医院检查诊断证明书；
2. 加盖医院印章的病历，精神病人提供 5 年内系统治疗病历；
3. 出院证；
4. 近期医疗仪器检查（验）申请单、报告单、化验单、CT、X 光照片等；
5. 每日住院费用清单；
6. 原始发票（已报销的，复印后加盖医保部门公章及经办人签名）。

三、精神病患者申请鉴定需其监护人签名。

粘贴身份证复印件（正面）

驻马店市

职工非因工伤残或因丧失劳动能力程度鉴定

申 请 表

申报单位名称: _____

单位联系人电话: _____

申请人姓名: _____

申请人联系电话: _____

驻马店市人力资源和社会保障局制

姓名		性别		联系电话		近期免冠 照片
身份证号			出生年月			
检查部位 (病种)			发病时间			
近两年住院 治疗情况	医院名称	住院起止日期	病案号	费用报销方式		
				职工医保() 居民医保() 新农合() 自费()		
				职工医保() 居民医保() 新农合() 自费()		
				职工医保() 居民医保() 新农合() 自费()		
目前身体状况	目前身体状况:					
	本人签字(按指印): _____ 年 月 日					
单位审核 认定意见	(单位印章)					
	经办人(签字): _____		法人(签字): _____		年 月 日	
县区人社 部门审核 受理意见	审核人(签名): _____ 负责人(签名): _____ 年 月 日					

市劳鉴 委办 室核 受理 意见	审核人(签名): _____ 年 月 日
体征描述(检查专家填写):	
专家签字: _____	
各项(仪器)检查结果(检查专家填写):	
专家签字: _____	
医学 鉴定 专家 组意 见	根据国家劳动和社会保障部《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准(试行)》(劳社部发〔2002〕8号)判定依据_____, 该同志_____丧失劳动能力。 专家组签字: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 年 月 日
市劳 动能 力鉴 定 委 员 会 鉴 定 意 见	根据国家劳动和社会保障部《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准(试行)》(劳社部发〔2002〕8号)判定依据_____, 该同志_____丧失劳动能力。 (公章) 年 月 日