**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 2025 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 | 口真实 |
| 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退休审批依据，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：口完全□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)**