附件2

**北京市非因工伤残或因病劳动能力鉴定申请表**

**市（ 区）（ 年）劳鉴YB第 号**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申**  **请**  **鉴**  **定**  **人**  **员**  **信**  **息** | **姓名： 性别： 年龄：** | **近期一寸**  **免冠彩色**  **照 片** |
| **身份证件类型： 1.居民身份证□ 2.其它□** |
| **证件号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□** |
| **联系电话：** |
| **联系地址：** |
| **是否参加北京市城镇职工基本养老保险： 1.是□ 2.否□**  **是否参加北京市城镇职工基本医疗保险： 1.是□ 2.否□**  **参保地区：** | |
| **用**  **人**  **单**  **位**  **信**  **息** | **单位名称：** | |
| **联系地址：** | |
| **联系人： 联系电话：** | |
| **申**  **报**  **事**  **项**  **确**  **认** | **申请鉴定原因: 1.提前退休□ 2.医疗期满□ 3.其 它□** | |
| **申请鉴定类型: 1.初次鉴定□ 2.再次鉴定□ 3.复查鉴定□ 4.委托鉴定□** | |
| **申请鉴定疾病（最多填写3种主要疾病）：** | |
| **病伤发生时间：** | |
| **诊治医疗机构：** | |
| **1.医疗机构诊断结论：**  **2.病伤诊治过程简述（包括申报病伤自确诊以来主要诊断、检查、化验、治疗和用药情况，可附页）：** | |
| **申请**  **鉴定**  **人员本人意见** | **签 字：**  **年 月 日**  **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。** | |
| **用人**  **单位**  **意见** | **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。** | |
| **备 注** |  | |

**注意事项∶**

一、申请非因工伤残或因病劳动能力鉴定，应提交以下材料：

（一）北京市非因工伤残或因病劳动能力鉴定申请表；

（二）就医资料（有效的医疗诊断书、按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的自相关疾病确诊以来的检查、检验报告等完整的病历材料）；

（三）申请医疗期满鉴定的，还应提交医疗期协议书复印件。

二、身份证件类型、申请鉴定原因、申请鉴定类型等栏目，请在□内打√选择。

三、申请鉴定人员在本人意见一栏，应写明是否同意申请劳动能力鉴定，表中所填内容是否真实，并由本人签字。本人因身体原因不能签字由其近亲属代为签名的，应写明签名人与申请鉴定人员本人的亲属关系，并提供关系证明。

四、用人单位意见栏应写明是否同意劳动能力鉴定，表中所填内容是否真实，并加盖单位公章。

五、填表请用钢笔、签字笔手写或机打（签字处需手写），确保字迹工整。

六、本表正反面打印在一张A4纸。