

职工工伤劳动能力鉴定申请表

流水号：(暂不填写)

申请信息	单位全称	(与《认定工伤决定书》上载明的用人单位保持一致)										工伤职工 近期 免冠照片
	单位联系人		移动电话									
	单位送达地址	_____省_____市_____县(市区) <u>(地址具体到门牌号)</u>										
	职工姓名		公民身份号码 (社会保障号)									
	职工联系人	(职工本人或亲属)		移动电话								
	职工送达地址	_____省_____市_____县(市区) <u>(地址具体到门牌号)</u>										
参保信息	工伤时职工是否参加工伤保险	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
工伤职工受伤诊断及伤情稳定后残疾和劳动能力情况简介	事故发生/职业病诊断时间	年 月 日										
	认定工伤决定书编号	例：苏 XXXX 工认〔2025〕1号 《认定工伤决定书》右上角第二行编号										
	受伤害部位/职业病名称	(与《认定工伤决定书》一致)										
	伤情稳定后残疾和功能情况简介：											
申请类型	申请人类别 (可多选)	<input type="checkbox"/> 用人单位 <input type="checkbox"/> 工伤职工或者其近亲属 <input type="checkbox"/> 社会保险经办机构										
	申请类别	<input type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 复核鉴定 <input type="checkbox"/> 复查鉴定 <input type="checkbox"/> 再次鉴定										
	鉴定项目	<input type="checkbox"/> 劳动功能障碍程度等级鉴定										
		<input type="checkbox"/> 生活自理障碍程度等级鉴定										
	确认项目(请初次鉴定时一并勾选)	<input type="checkbox"/> 安装辅助器具的确认 <u>(需写明要申请的辅助器具名称, 辅助器具目录参见苏人社发〔2017〕413号文件)</u>										
		<input type="checkbox"/> 旧伤复发的确认										
<input type="checkbox"/> 停工留薪期延长的确认 <u>(与等级鉴定不能同时申请)</u>												
<input type="checkbox"/> 法律法规规定的其他确认事项												
申请劳动能力鉴定理由												

申报事项 确认栏	申请复核及再次鉴定需填写的信息内容	收到市级劳动能力初次(复查)鉴定结论书日期	年 月 日
		结论书编号	
		鉴定结论	
	申请再次鉴定需填写的信息内容	收到市级劳动能力复核鉴定结论书日期	年 月 日
		结论书编号	
		鉴定结论	
		劳动关系是否续存	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	申请材料	<input type="checkbox"/> 1.《认定工伤决定书》复印件;	
		<input type="checkbox"/> 2. 工伤职工居民身份证复印件;	
		<input type="checkbox"/> 3. 有效的诊断证明,按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历材料;	
		<input type="checkbox"/> 4.申请复查鉴定还应提供历次鉴定结论复印件;	
		<input type="checkbox"/> 5.劳动关系续存证明材料;	
<input type="checkbox"/> 6.劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。			
被鉴定人(签名)		单位(公章)	
年 月 日		年 月 日	

本人已仔细阅读“职工工伤劳动能力鉴定申请表填报指南”,承诺所填写内容和提供材料真实准确有效,否则承担相应的法律责任。

承诺人(签名) 移动电话 年 月 日

- 注: 1.填表请用钢笔、签字笔,字迹工整。
2.申请初次鉴定需要经治疗和康复后,伤情已基本稳定。如鉴定过程中发现仍需康复治疗的,作出劳动能力鉴定结论的期限相应顺延。
3.“残疾和功能情况”载明的伤情要与《认定工伤决定书》描述的伤情部位一致。
4.复核鉴定应在收到初次鉴定结论之日起15日内提出申请;再次鉴定应在收到复核鉴定结论之日起15日内提出申请。
5.复查鉴定应在自上一次作出鉴定结论之日起1年后,且在工伤保险关系续存期间提出申请。
6.如有疑问,请咨询有关工作人员。

通讯地址:江苏省淮安市枚皋路6号国联商务中心B栋402

固定电话:0517-83661180