

附件 1

劳动能力鉴定申请表

工伤职工信息栏	工伤职工姓名:		一寸近期 免冠彩色 照片
	认定工伤决定书编号:		
	证件类型(请在□内打√, 单项选择) 居民身份证□ 其他□		
	身份证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
	联系电话(必填一项): _____ (手机) _____ (手机二)		
联系地址:			
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)		
	联系地址:		
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"/> 复查鉴定 <input type="checkbox"/> _____		
	申请事项选择(请在□内打√, 多项选择): <input type="checkbox"/> 劳动功能障碍程度 <input type="checkbox"/> 生活自理障碍程度 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	申请主体(请在□内打√, 单项选择): <input type="checkbox"/> 1、用人单位 <input type="checkbox"/> 2、工伤职工或者其近亲属 <input type="checkbox"/> 3、社会保险经办机构		
申请人签名(盖章): _____ <div style="text-align: center;">年 月 日</div>		申请单位签字(盖章): _____ <div style="text-align: center;">年 月 日</div>	

山东省劳动能力再次鉴定申请表（基本信息）

工 伤 职 工 信 息 栏	工伤职工姓名:		一 寸 近 期 免 冠 彩 色 照 片
	认定工伤决定书编号:		
	证件类型	居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	
	工伤职工身份证件号码:		
	联系电话: _____ (手机) _____ (固话)		
	电子邮箱: _____ (此项如果没有可填无)		
	职工是否参加工伤保险 (请在 <input type="checkbox"/> 内打√单项选择) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
用 人 单 位 信 息 栏	用人单位全称:		
	法定代表人姓名:		用人单位联系人姓名:
	单位联系人身份证号码:		
	单位固话电话:		传真:
	联系人手机号码:		
	电子邮箱: _____ (此项如果没有可填无)		
鉴 定 申 请 信 息 栏	申请主体 (请在 <input type="checkbox"/> 内打√单项选择) 1. <input type="checkbox"/> 用人单位 2. <input type="checkbox"/> 工伤职工或者其近亲属 3. <input type="checkbox"/> 双方		
	工伤事故发生时间或职业病诊断时间: 年 月 日		
	受伤害部位:		
	认为原结论 (请在 <input type="checkbox"/> 内打√单项选择) 1. <input type="checkbox"/> 偏低 2. <input type="checkbox"/> 偏高 3. <input type="checkbox"/> 其他		
受 伤 和 治 疗 过 程 简 述			

山东省劳动能力再次鉴定申请表（确认事项）

送达地址确认栏	工 伤 职 工 送 达 地 址 确 认			
	收件人姓名		手机号码	
	通信地址：_____省_____市_____县（市、区）_____镇（街道）			
	邮政编码：_____			
	用 人 单 位 送 达 地 址 确 认			
	用人单位 联系人姓名		手机号码	
通信地址：_____省_____市_____县（市、区）_____镇（街道）				
邮政编码：_____				
申 请 事 项 确 认 栏	认定工伤决定书文号：_____			
	市级鉴定结论通知书文号：_____			
	鉴定结论：劳动功能障碍程度为_____级；生活自理障碍程度为_____自理障碍 其他_____			
	收到鉴定结论日期：_____年_____月_____日			
	再次鉴定申请项目（请在□内打✓单项选择） □劳动功能障碍程度 □生活自理障碍程度 □其他_____			
	申请人签名（盖章）：_____		申请人签名（盖章）：_____	
_____年_____月_____日		_____年_____月_____日		
备注				

附件 3

_____劳鉴补字〔 〕 ____号

劳动能力鉴定材料补正告知书（存根）

_____:

你（单位）于____年____月____日提出的劳动能力鉴定申请已收到，
经审核材料不完整，尚欠缺：

- ① _____;
- ② _____;
- ③ _____;

特此告知，请于收到该告知书之日起____日内补正，无正当理由逾期不补正的，视为申请人撤回劳动能力鉴定申请，由申请人在 30 日内自行取回申请材料。

_____劳动能力鉴定委员会

年 月 日

..... 骑 缝 章

_____劳鉴补字〔 〕 ____号

劳动能力鉴定材料补正告知书

_____:

你（单位）于____年____月____日提出的劳动能力鉴定申请已收到，
经审核材料不完整，尚欠缺：

- ① _____;
- ② _____;
- ③ _____;

特此告知，请于收到该告知书之日起____日内补正，无正当理由逾期不补正的，视为申请人撤回劳动能力鉴定申请，由申请人在 30 日内自行取回申请材料。

_____劳动能力鉴定委员会

年 月 日

附件 4

_____劳鉴收字〔 〕 号

劳动能力鉴定材料收讫告知书（存根）

_____:

你（单位）于____年__月__日提出的劳动能力鉴定申请已收到，
经审核材料完整，予以收讫。

_____劳动能力鉴定委员会

年 月 日

.....骑 缝 章

_____劳鉴收字〔 〕 号

劳动能力鉴定材料收讫告知书

_____:

你（单位）于____年__月__日提出的劳动能力鉴定申请已收到，
经审核材料完整，予以收讫。

_____劳动能力鉴定委员会

年 月 日

附件 5

编号:

劳动能力鉴定申请不予受理告知书

_____:

你(单位)于_____年____月____日提交的_____劳动能力鉴定
申请收悉。

经审查: _____
_____, 不符合_____
_____的规定, 我委决定
不予受理。

特此告知。

_____劳动能力鉴定委员会

年 月 日

附件 6

劳动能力鉴定专家评审表

编号: _____

被鉴定人姓名		身份证号码	
<p>伤情记录: (病史描述)</p> <p>伤情介绍: (专家组现场检查的具体情况, 包括伤残部位、器官功能障碍程度、诊断情况等)</p> <p>鉴定依据: 《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》(GB/T16180-2014) 国家标准中 (级别条款、晋级原则等)</p> <p>专家组意见: _____。</p> <p>1、劳动功能障碍程度 经鉴定符合伤残_____级; 2、生活自理障碍程度 经鉴定符合_____; a) <input type="checkbox"/> 进食; b) <input type="checkbox"/> 翻身; c) <input type="checkbox"/> 大、小便; d) <input type="checkbox"/> 穿衣、洗漱; e) <input type="checkbox"/> 自主行动。</p> <p>3、其他:</p> <p>鉴定专家签名: 专家 1: _____; 专家 2: _____; 专家 3: _____; 专家 4: _____; 专家 5: _____。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
<p>劳动能力鉴定委员会结论: 经审定, 符合: 1、劳动功能障碍程度 _____级伤残; 2、生活自理障碍程度 _____。</p> <p>审核人签名 (印章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

附件 7

初次（复查）鉴定结论书

_____劳鉴〔 〕__号

被鉴定人：_____ 身份证号：_____

居住地址：_____

用人单位：_____

认定工伤决定书编号：_____

伤残情况：_____

_____。

根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残程度等级》
(GB/T16180-2014) 国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，你目前的伤残情况，符合：_____。

鉴定结论为：_____。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论书之日起 15 日内向山东省劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。

_____劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本鉴定结论一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件 8

复核鉴定结论书

_____劳鉴核〔 〕 号

被鉴定人：_____ 身份证号：_____

认定工伤决定书编号：_____

原鉴定结论书编号：_____

伤残情况：_____

_____。

根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残程度等级》
(GB/T16180-2014) 国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，你目前的伤残情况，符合：_____。

鉴定结论为：_____。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论书之日起 15 日内向山东省劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。

_____劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：1. 本鉴定结论一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

2. 原鉴定结论书作废。

附件 9

再次鉴定结论书

鲁劳鉴〔 〕 ____号

被鉴定人： _____身份证号码： _____

认定工伤决定书编号： _____

初次鉴定结论书编号： _____

伤残情况： _____

_____。
_____。

根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残程度等级》国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，你目前的伤残情况，符合： _____。

鉴定结论为： _____。

本鉴定结论为最终结论。

山东省劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本结论书一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件 10

劳动能力鉴定结论更正（补正）通知书

_____劳鉴更〔 〕 ____号

被鉴定人： _____身份证号： _____

认定工伤决定书编号： _____

劳动能力鉴定结论书编号： _____

经我委审查，劳动能力鉴定结论书中_____存在错误（遗漏），现予以更正（补正）为 _____

特此通知。

_____劳动能力鉴定委员会

年 月 日

注：本通知书一式四份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构、劳动能力鉴定委员会各一份。

附件 11

_____ 劳动能力鉴定委员会

协助补正单（存根）

编号：

申请协助补正时间	年 月 日	落款时间	
协助补正内容	<input type="checkbox"/> 被鉴定人的身份证复印件； <input type="checkbox"/> 被鉴定人提供的有效诊断证明、按照《医疗机构病历管理规定》复印或者复制的检查、检验报告等完整病历材料； <input type="checkbox"/> 其他_____		
处理结果及时间	<input type="checkbox"/> 单位自行补正 <input type="checkbox"/> 同意协助补正 其他_____		
补正方式	<input type="checkbox"/> 由申请单位转交 <input type="checkbox"/> 直接邮寄 <input type="checkbox"/> 发送电子版 <input type="checkbox"/> 其他方式 _____		

----- 骑缝章 -----

_____ 劳动能力鉴定委员会

协助补正单

编号：

_____：

你单位于____年____月____日提出协助补充劳动能力鉴定的申请，已收到，经审核：

1. 职工_____，不存在职工不提供的情形，请你单位直接联系职工完成再次鉴定材料补正工作，职工相关信息如下：

①地址：_____；

②电话：_____；

2. 我委同意协助补正以下材料：

①_____；

②_____；

③_____；

我委将在____个工作日内，向省劳动能力鉴定委员会发出以上项材料，请你单位将此联交至省劳动能力鉴定委员会，作为完成以上材料补正工作的凭证。

_____ 劳动能力鉴定委员会

年 月 日

附件 12

劳动能力鉴定文书送达回证（存根）

_____送字〔 〕____号

送达文书名称 及文号	
受送达人	
送达方式、时间	
送 达 人	

-----骑缝章-----

劳动能力鉴定文书送达回证

_____送字〔 〕____号

送达文书名称及文号	
受送达人	
送达方式	<input type="checkbox"/> 直接送达 <input type="checkbox"/> 留置送达 <input type="checkbox"/> 邮寄送达 <input type="checkbox"/> 公告送达
送达时间	年 月 日
受送达人签章	
留置送达见证人签字	
送达人签字	

注：加盖劳动能力鉴定委员会公章后，可作为收到鉴定结论的有效时间证明使用。