

黑龙江省人力资源和社会保障厅

黑人社函〔2021〕259号

关于开展2021年度中省直机关事业单位 工作人员因病或非因工伤残 劳动能力鉴定的通知

中省直各有关单位：

为做好参加机关事业单位养老保险的中省直机关事业单位工作人员因病或非因工伤残劳动能力鉴定工作（以下简称“因病劳鉴”），根据《关于工人退休、退职的暂行办法》（国发〔1978〕104号）、《中华人民共和国公务员法》以及《事业单位人事管理条例》等有关规定，现就开展2021年度因病劳鉴工作有关事项通知如下：

一、鉴定范围

符合规定的中省直机关事业单位人员。

二、鉴定标准

（一）《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）；

（二）《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180-2014）。

三、申报条件

因病休假连续 2 个月或 1 年内累计 6 个月以上，且不能恢复工作的；并且经三级医院确诊医疗终结、有住院或治疗结论性病历；本人自愿，单位同意，可申报因病劳鉴。

四、申报程序

（一）被鉴定人应向所在单位以书面形式提出劳鉴申请（附件 1），填写《因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申请表》（附件 2）并附本人经医疗机构确诊医疗终结、住院或治疗结论性病历材料原件一同上报单位主管部门。单位主管部门认真审查确认后，统一报送黑龙江省劳动能力鉴定服务中心（以下简称“省劳鉴中心”）。

（二）被鉴定人为危重患者住院治疗期间，需提供本人书面申请、单位证明并经主管部门盖章、医疗机构确诊医疗终结、住院或治疗结论性病历材料原件；具有暴力、自虐、自杀等倾向的重度精神类疾病人员需提供本人或监护人书面申请、单位证明并经主管部门盖章和精神专科医院确诊医疗终结以后出具的住院或治疗结论性医疗诊断证明原件，与申报材料一同报送省劳鉴中心，可按特殊情况进行劳鉴。

五、时间安排

（一）审核申报。中省直各有关单位主管部门审核申报材料后，于 7 月 20 日前，统一将《因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申请表》（附件 2）、《因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申报名册》（附件 3）与被鉴定人医疗诊断资料（每人一份带绳档案

袋，并标记清楚与名册相对应的序号、单位、姓名）一并报送省劳鉴中心 101 室。同时将附件 3 电子版发送至 hljsljzx@163.com。

（二）现场鉴定。省劳鉴中心按照各单位申报情况特别是针对疫情防控情况，在具备条件时及时组织开展现场劳鉴工作。具体时间 & 地点另行通知。

六、工作职责及要求

（一）切实履行责任，强化审查力度。中省直各有关单位主管部门要高度重视，严格按照政策规定，认真审核劳鉴资格、医疗诊断资料，在规定时限内完成劳鉴申报工作。对于提供虚假材料、伪造病历、出具假诊断证明的单位和个人，情节严重者，移交纪检监察部门查处，追究当事人责任；对于收受当事人财物、构成犯罪的，移交司法部门追究法律责任。

（二）中省直各有关单位主管部门负责此项工作人员需陪同本系统参加劳鉴人员一同前往劳鉴地点，进行现场协调并秩序维护等辅助性服务工作。

（三）参加现场劳鉴时，被鉴定人需出示本人身份证原件，携带本人有效诊断证明、检查、检验等完整医疗资料原件。

（四）各单位要将劳鉴结论告知参鉴人，将通过人员名单公示 5 天，并将公示情况报送省劳鉴服务中心。

相关表格下载地址：hljsljzx2021@163.com，密码：hljsljzx2
联系人：梁岩，陈江。

联系电话：0451-87233326，0451-87233316。

联系地址：哈尔滨市南岗区千山路 1—1 号黑龙江省劳动能力鉴定服务中心 101 室。

附件：1.申请书

2.因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申请表（正反面打印）

3.因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申报名册

黑龙江省人力资源和社会保障厅

2021 年 6 月 22 日

黑龙江省人力资源和社会保障厅办公室

2021 年 6 月 23 日印发

共印 35 份

附件1

申 请 书

_____, 性别_____, 身份证号_____,
系_____单位职工, 申请参
加2020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。

申请人(法定监护人)签字:

年 月 日

本单位确定上述内容为申请人本人真实意思表示, 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)

年 月 日

注: 此申请书用人单位自行存档

附件2（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：（必填，全称）

劳鉴序号：

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	
医疗资料核实结果	☐ 真实 ☐ 虚假	申报劳鉴类型	☐ 退休 ☐ 退职 ☐ 病休	
申报疾病病种名称				
本人自述疾病、伤残及治疗情况				
基层单位申报意见			主管部门审核意见	
	(盖章) 年 月 日			(盖章) 年 月 日

注：1. 此表由申请劳鉴人员所在单位主管部门负责填报，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

病情介绍：

影像号码：

专家组意见：

内： ☐ 劳社部发〔2002〕8号_____条款。结论：_____。

☐ GB/T16180-2014_____级_____条款。

外： ☐ 劳社部发〔2002〕8号_____条款。结论：_____。

☐ GB/T16180-2014_____级_____条款。

五： ☐ 劳社部发〔2002〕8号_____条款。结论：_____。

☐ GB/T16180-2014_____级_____条款。

精： ☐ 劳社部发〔2002〕8号_____条款。结论：_____。

☐ GB/T16180-2014_____级_____条款。

鉴定专家盖章：

年 月 日

劳动能力鉴定委员会结论：

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）

附件 3

因病或非因工完全丧失劳动能力鉴定申报名册

主管部门（公章）：（全称，必填）

序号	姓名	性别	身份证号码	申报劳动能力鉴定疾病名称	疾病科别	工作单位	病历编号	所住医院全称	入院时间	出院时间	申报劳鉴类型	备注
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

主管部门填报人：

主管部门填报人电话：

注：1. 疾病科别分为内科、外科、五官科、精神科、肿瘤科；2. 申报劳鉴类型：退休、退职、病休。