**申请因病鉴定信息表**

**（打\*号的内容无需填写，填完将本页贴在档案袋上）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身份证号** |  | **姓名** |  | **性别** |  |
| **单位名称** |  | | | **参保区** |  |
| **单位联系人** |  | **单位联系人手机号** | |  | |
| **申报疾病**  **（最多三种疾病，按近期诊断证明填写）** |  | | | | |
| **治疗方式** | **□保守/对症治疗**  **□手术治疗，手术名称：** | | | | |
| **就诊医院** |  | | | **\*鉴定时间** |  |
| **申请鉴定原因** | **□因病提前退休 □医疗期满** | | | **\*送交日期** |  |

**申请因病鉴定信息表**

**（打\*号的内容无需填写，填完将本页贴在档案袋上）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身份证号** |  | **姓名** |  | **性别** |  |
| **单位名称** |  | | | **参保区** |  |
| **单位联系人** |  | **单位联系人手机号** | |  | |
| **申报疾病**  **（最多三种疾病，按近期诊断证明填写）** |  | | | | |
| **治疗方式** | **□保守/对症治疗**  **□手术治疗，手术名称：** | | | | |
| **就诊医院** |  | | | **\*鉴定时间** |  |
| **申请鉴定原因** | **□因病提前退休 □医疗期满** | | | **\*送交日期** |  |