

# 商丘市人力资源和社会保障局文件

商人社办〔2026〕3号

## 关于开展 2026 年职工因病或非因工致残丧失劳动能力程度鉴定工作的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局、市直有关单位：

为保障因病或非因工致残丧失劳动能力职工的合法权益，根据《工伤保险条例》《劳动能力鉴定管理办法》《企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法》和其他有关劳动能力程度鉴定工作的文件、政策规定，结合我市实际，现就 2026 年度机关、事业、企业单位职工因病或非因工致残丧失劳动能力程度鉴定工作有关事宜通知如下：

### 一、鉴定范围

参加商丘市机关事业单位和企业基本养老保险的职工中因病或非因工致残丧失劳动能力的人员和其他按规定需进行劳动能力鉴定的人员。

### 二、鉴定项目

职工因病或非因工致残丧失劳动能力程度鉴定

### 三、鉴定标准

1、《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准》  
(劳社部发〔2002〕8号)

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

### 四、鉴定收费

根据省发展计划委员会、省财政厅《关于调整劳动鉴定收费标准的通知》(豫计收费〔2003〕139号)的规定,劳动鉴定收费标准为:职工因病或非因工负伤需进行劳动能力鉴定的,每人每次200元。

### 五、申报时间与地点

为更好服务参保职工,根据《河南省人力资源和社会保障厅河南省财政厅关于贯彻落实〈企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法〉的实施意见》(豫人社规〔2025〕1号)文件精神,结合实际需要,经研究决定适当加密鉴定频次,2026年暂增加为一年两次,分别为春季一次,秋季一次。

申报时间为:2026年3月12日-3月26日

2026年9月11日-9月25日

申报方式为:申请人可以到各县(市、区)人力资源和社会保障局现场报名(报名地点由各县(市、区)人力资源和社会保障局自行安排并对外公布);也可以登录河南省人力资源和社会

保障公共服务门户行政审批页面，进行网上报名，网址：[http://222.143.34.13/hnggfw/administrative\\_approve](http://222.143.34.13/hnggfw/administrative_approve)。市直单位集中报名时间、地点为：3月12日至3月26日，9月11日-9月25日，商丘市行政服务中心二楼25号窗口。

各县（市、区）应分别于3月31日、9月30日前按要求将现场受理的申报材料上传，并将申请鉴定汇总表（附件3）经主管领导签字加盖单位公章后，报送商丘市劳动能力鉴定委员会办公室。

## 六、申报程序

### （一）个人提出申请

职工本人向所在单位，无用人单位的灵活就业参保人员（含无雇工的个体工商户）可通过其参保的公共就业服务机构或人事代理机构提出鉴定申请，也可直接向参保地人社部门提出鉴定申请，并提供以下材料：

1、鉴定申请书、诚信承诺书。由申请鉴定职工亲笔手写申请书（A4纸），申请鉴定职工本人签写诚信承诺书（附件4）并按手印。精神病患者的申请书、诚信承诺书需法定监护人签字。供养亲属的劳动能力鉴定，申请时应提交被鉴定人与因工死亡职工供养关系的证明材料。

2、鉴定申请表、鉴定表。本人如实填写《劳动能力鉴定申请表（因病或非因工致残人员丧失劳动能力程度鉴定）》

二份（附件1），将本人近期（1个月内）免冠1寸彩照2

张，分别粘贴至表格上照片栏。表格请用黑色字迹钢笔或签字笔填写，要求客观真实，字迹整齐清楚，不得涂改，否则视为废表。

3、职工本人身份证原件及正反面复印件（原件经审核后退还申请人）。

4、职工本人社会保障卡、参保手册或参保记录原件及复印件（原件经审核后退还申请人）。

5、与申报疾病有关的经系统治疗的二级以上（含二级）医疗机构的全部住院病历（复印件加盖医院印章、诊断证明原件及其他相关资料）；申报精神类疾病的职工，须提供县级以上精神病专科医院5年以上系统治疗的病历及诊断证明原件。

6、根据职工所患疾病的不同，必须提供如下各种特殊检查报告单和化验单等相关资料（复印件加盖医疗机构印章）。

①癌症病者：提供病理报告单、CT片或核磁共振片及报告单，或某些特殊类型肿瘤相关的检查确诊资料及放疗化疗记录。

②心脏病者：提供住院期间及近期心电图或动态心电图、心脏超声(包括心功能测定)。

③肝脏病者：提供住院期间及近期肝功能(谷丙、谷草、白蛋白、胆红素)、乙肝六项、丙肝抗体、凝血四项报告单，胃镜、近期B超和CT片及报告单。

④肾脏病者：提供远近期尿、肾功能、血常规化验单，B超和CT片及报告单。

⑤血液病者：提供住院期间及近期血液、骨髓化验单或有关

特殊检查确诊资料。

⑥肺部疾病者：提供胸片、胸部 CT 片、肺功能测定报告单，心电图及其他相关检查资料。

⑦脑血管病者：提供头颅 CT 片或核磁共振片及报告单，瘫痪者还需提供肌电图，癫痫者还需提供脑电图。

⑧眼科病者：提供近期的视力、矫正视力资料，视野报告单，眼电图、视网膜电流图和视诱发电位报告单。

⑨耳部疾病者：提供耳电测听、声阻抗听脑干反映(ABR)和脑干诱发电位报告单。

⑩骨科病者：提供 X 光片或 CT 片或核磁共振片等影像资料及报告单，瘫痪者还需提供肌电图。

⑪糖尿病并发症者：提供住院期间及近期血糖、尿化验单。再根据并发症的不同，分别提供与糖尿病相应的眼部疾病检查情况、心脏功能情况、肾脏功能情况相关资料。

⑫精神疾病者：提供脑电图，智能损伤者提供智商（IQ）测试报告。

⑬其它疾病患者提供相应的检查确诊报告等相关资料。

⑭市外住院病历需提供参保地医疗保险经办机构开具的转诊审批单复印件，并需经办机构签章。

## （二）单位审核呈报

7、单位审核。用人单位要对申请人的病情状况和所提供的鉴定申请材料的真实性进行审核，由单位负责人或经办人员签署

明确的审核意见，用人单位有主管部门的，需报主管部门审核同意。经审核符合鉴定要求的，一人一档，单位意见栏内、照片上均需加盖用人单位和主管部门公章。

8、汇总上报。用人单位或主管部门要将《劳动能力鉴定申请表（因病或非因工致残人员丧失劳动能力程度鉴定）》二份（附件1）、个人申请书、诚信承诺书、身份证复印件（正反面复印在一张纸上）、社会保障卡和参保手册（或参保记录）复印件、诊断证明原件、住院病历、特殊检查报告单化验单（原件，非A4纸的，粘帖在A4纸上）等资料按照以上顺序申报。用人单位将所有申报职工情况汇总填写《因病或非因工致残人员丧失劳动能力程度鉴定汇总表》（附件3），要求纸质版加盖用人单位和主管部门公章，电子版excel格式一同报各县（市、区）劳动能力鉴定委员会办公室或人力资源社会保障工伤行政部门。

以上申报所有材料原始件或复印件须归档保存，一律不予退还，需要留存的请事先复印。

### （三）进行资格审查

9、市、县人社部门对呈报单位报送的鉴定申请材料及单位审核意见应及时按本通知要求进行审核，符合鉴定受理范围且申请人提供材料完整的，予以收讫，并在收到申请之日起7个工作日内送达收讫告知书（附件2）；材料不完整的，应当自收到鉴定申请之日起5个工作日内以书面或者电子形式一次性告知申请人需要补正的全部材料和合理期限（附件2）。申请人无正当

理由逾期未补正的，视为放弃当次劳动能力鉴定申请。对超出本通知规定报名截止时间的，申请不予受理，由此影响职工不能参加当次鉴定的，由呈报单位和职工本人负责。经审核符合申报条件的，受理后统一汇总上报商丘市劳动能力鉴定委员会办公室，由商丘市劳动能力鉴定委员会办公室复审后按照病种分类建档。

## 七、鉴定时间与地点

拟分别定于4月中下旬、10月中下旬进行，具体时间与地点另行通知

## 八、鉴定程序

（一）进行医学鉴定检查。鉴定地点确定后，由各单位通知申请人员在规定的时间内，持本人第二代有效身份证和缴费发票，携带与鉴定病症有关的病情检查、化验及影像资料等，到指定地点参加医学检查和鉴定。经核实其真实身份后，由鉴定专家针对其申报病症及病态体征的临床表现，进行医学诊断和仪器检查。

（二）确定初步鉴定结论。医学鉴定检查结束后，市劳动能力鉴定委员会组织专家组提出鉴定意见，作出初步鉴定结论。

（三）进行材料核查。对于初步鉴定结论达到“完全丧失劳动能力”标准的，市劳动能力鉴定委员会及各县（市、区）人社部门对所申报相关病历资料真实性进行再次核查，发现有虚假材料者，取消初步鉴定结论，并按要求追究相关单位及人员责任。

（四）公示鉴定结果。对鉴定专家组初步鉴定为完全丧失劳动能力的职工，在商丘市人力资源和社会保障局官网统一进行公

示，各单位在本单位显著位置张榜公示，接受群众监督，时间不少于7天，同时公布接受群众反映意见的办公地点和联系方式。公示结束后，单位要将公示的具体时间、群众反映情况等写成书面材料，经单位负责人签字并加盖单位公章后以县（市、区）为单位报市劳动能力鉴定委员会办公室。

（五）出具鉴定结论。对公示核查没有异议的，市劳动能力鉴定委员会出具劳动能力鉴定结论，并及时送达用人单位和申请鉴定职工。对鉴定结论不服的，可以在收到鉴定结论之日起15日内，直接向省劳动能力鉴定委员会办公室申请再次鉴定。

## 九、组织领导

鉴定工作由商丘市劳动能力鉴定委员会统一组织领导，商丘市劳动能力鉴定委员会办公室负责具体工作的组织实施。市卫健委、市总工会全程参与，邀请市纪委监委驻市人社局纪检监察组对鉴定工作进行全程监督，切实加强对鉴定过程的管理，确保鉴定工作规范有序进行。根据申报鉴定的病种，由市劳动能力鉴定委员会办公室临时确定具体的鉴定医院，聘请外地相关专家，组织开展医学鉴定。

## 十、工作要求

各级各部门要本着对职工权益高度负责的精神，认真组织好鉴定的申报工作。各单位在通知职工报名时，须告知职工有关政策，严禁各有关单位推卸责任和上交矛盾，甚至鼓励不符合条件的职工申报鉴定。鉴定工作组人员要切实加强对鉴定过程的监督

管理和参检人员的身份甄别，严密科学地组织现场鉴定，客观公正地做好劳动能力鉴定工作。经公示，对于有群众举报、查实确实达不到完全丧失劳动能力标准的，取消鉴定结论；对于提供虚假材料或由他人冒名顶替参加鉴定体检的职工，取消鉴定结论，两年内不得以同一病种申报；对于在申请鉴定过程中伪造病历、出具假诊断证明、由他人冒名顶替参加鉴定的单位和个人，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，移交司法部门追究其法律责任。

鉴定现场实行全场封闭，工作人员按职责分工，挂牌上岗，不得进入专家诊室，要按照工作安排做好验证、审核、排序、引导等工作。无关人员一律不得进入鉴定体检现场。

## 十一、注意事项

1、用人单位有职工申请鉴定的，向申请鉴定人传达本通知精神和做好相关政策解释工作，并严格按照本通知要求组织本单位申报和鉴定体检事宜。

2、因病或非因工致残人员经鉴定未达到完全丧失劳动能力程度，申请人认为伤病残情况发生变化的，自劳动能力鉴定生效结论作出之日起1年后，方可重新申请鉴定。

3、申请因病鉴定职工所患疾病为两项以上的，一定要完成全部鉴定体检科目，避免因体检漏项影响鉴定结论。

4、职工参加鉴定时，所患疾病为精神类疾病的职工，鉴定时必须由监护人陪同，其他人员原则上只能由本人进入鉴定体检

现场。

5、职工参加鉴定时，不按规定时间参加鉴定体检、不配合鉴定专家现场检查、不按规定进行医疗辅助检查的，均视为放弃，市劳动能力鉴定委员会办公室不予下发鉴定结论通知。

6、市劳动能力鉴定委员会办公室按照附件1中职工申请鉴定病残名称，组织进行鉴定，因填写漏项或填写内容有误等原因造成无法鉴定体检或鉴定体检科目发生变化的，由填写人承担责任。

申报工作中的具体事宜，可与商丘市劳动能力鉴定委员会办公室联系，电话：0370—3289808，2783206。

- 附件：1.《劳动能力鉴定申请表（因病或非因工致残人员丧失劳动能力程度鉴定）》  
2.《劳动能力鉴定材料收讫补正告知书》  
3.《因病或非因工致残人员丧失劳动能力程度鉴定汇总表》  
4.申请劳动能力鉴定诚信承诺书



（此件主动公开）

（联系科室：商丘市人社局工伤保险科）

附件 1

编号: \_\_\_\_\_

## 劳动能力鉴定申请表

(因病或非因工致残人员丧失劳动能力鉴定)

年 月 日

## 因病或非因工致残人员丧失劳动能力鉴定申请表

因病或非因工致残被鉴定人信息栏	姓名：		一寸近期 免冠彩色 照片
	参加职工基本养老保险：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	待遇领取地或最后参保地：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	证件类型(请在□内打√, 单项选择) 居民身份证 <input type="checkbox"/> 社会保障卡 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
	联系电话(必填一项)：_____ (手机) _____ (手机二)		
	指定送达地址：  指定受送达人：_____ 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)		
	指定送达地址：		
	指定受送达人：_____ 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"/> 再次鉴定		
	申请主体(请在□内打√, 单项选择)： <input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 被鉴定人 <input type="checkbox"/> 3. 近亲属：姓名_____；与被鉴定人关系_____；身份证件号码：_____		
	主要病残情况简介(包括主要病残、初发诊断及时间、持续病程、治疗情况、目前病残情况等)：		
	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。  申请人签名(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。  申请单位签字(盖章)：_____ 年 月 日	
市、县人社部门 审核受理意见	审核人签字：_____ (单位印章) _____ 年 月 日		

(注：本页由申请人填写，请准确填写各项信息)

## 因病或非因工致残人员丧失劳动能力鉴定（结论）表

病残情介绍：

辅助检查结果：

鉴定依据：（写明得出鉴定结论的准确条款）

专家组意见：\_\_\_\_\_丧失劳动能力。

鉴定专家签名：

专家 1：\_\_\_\_\_；专家 2：\_\_\_\_\_；专家 3：\_\_\_\_\_；

专家 4：\_\_\_\_\_；专家 5：\_\_\_\_\_。

劳动能力鉴定委员会结论：（劳动能力鉴定委员会根据专家组意见作出）

经审定，符合：

\_\_\_\_\_丧失劳动能力。

审核人签名（印章）：

年 月 日

（注：本页劳动能力鉴定委员会留存）

## 温馨提示

为使您能够顺利进行劳动能力鉴定，请您仔细阅读以下提示。如遇到困难与问题，请随时与劳动能力鉴定服务人员联系。

一、提出劳动能力鉴定申请，需提交以下材料：

1. 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资料；
2. 申请人的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明原件。

二、填表请注意以下事项：

1. 此表请用 A3 纸正反面打印；
2. 填表要字迹工整，书面申请请用钢笔、签字笔填写；
3. 申请人只需要填写劳动能力鉴定申请表第 1 页，请准确填写各项信息。

附件 2:

**劳动能力鉴定材料收讫补正告知书（存根）**

\_\_\_\_\_:

你（单位）提出的\_\_\_\_\_因病或非因工致残丧失劳动能力鉴定申请（初次鉴定/再次鉴定）已于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日收到，经审核：

1. 材料完整，予以收讫。

2. 材料不完整，尚欠缺：

①\_\_\_\_\_；

②\_\_\_\_\_；

③\_\_\_\_\_；

特此告知，请于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日前补正。

\_\_\_\_\_劳动能力鉴定委员会  
年 月 日

骑缝章

编号：

**劳动能力鉴定材料收讫补正告知书**

\_\_\_\_\_:

你（单位）提出的\_\_\_\_\_因病或非因工致残丧失劳动能力鉴定申请已于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日收到，经审核：

1. 材料完整，予以收讫。

2. 材料不完整，尚欠缺：

①\_\_\_\_\_；

②\_\_\_\_\_；

③\_\_\_\_\_；

特此告知，请于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日前补正。

\_\_\_\_\_劳动能力鉴定委员会  
年 月 日



## 申请劳动能力鉴定诚信承诺书

我自愿申请参加本次因病或非因工致残人员劳动能力鉴定，在申请和鉴定过程中，我做如下承诺：

一、真实、准确、完整地提供个人信息、诊断证明书、化验单、住院病历、辅助检查材料及身份证明等相关材料。

二、自觉遵守劳动能力鉴定的有关政策和各项规定，配合鉴定专家的现场检查。

三、如违反以上承诺，在鉴定中有隐瞒或者造假现象，本人自愿承担一切不利后果和法律责任。

申请人（签名按手印）：

无行为能力的申请人代签处：

（注明与申请人关系）

年 月 日

