

参保人员人事档案及视同缴费年限核查认定申请表

参保单位（章）：**盖申报单位公章**

姓名	职工姓名	出生日期	****年**月	性 别	男（女）
居民身份证号码	职工身份证号码		手机号码		职工手机号码
实 际 居 住 地	职工现在居住地		居住地邮编		住址邮编
档案所在单位	档案存放地的部门		联系人及电话		
档案所在地人力社保局地址	“档案”所在地县级以上人力社保局的详细地址，一定明确是“市”还是“县”人力社保局（不是档案存放地或社保中心的地址）				联系人及电话
					尽量明确防止重复发函
户籍所在地人力社保局地址	“户籍”所在地县级以上人力社保局的详细地址，一定明确是“市”还是“县”人力社保局（不是档案存放地或社保中心的地址）				联系人及电话
					尽量明确防止重复发函
个 人 工 作 经 历	此栏为申报职工参加工作后的履历 （不含上学、务农的经历）				
其他需要说明的情况	1、职工本人明确无档案（无档案职工）；2、职工是否领取过失业金；3、职工外地是否缴纳职工、居民养老保险4、外地的职工养老保险缴费转移情况；5、在外地是否领取养老保险待遇；6、其他需要说明的情况。				
本人对所填写内容的真实有效性负责，同意由人事档案所在地人力资源社会保障行政部门对人事档案及视同缴费年限进行核查认定。 申请人：职工用正楷手签本人姓名 日期为养老科收存材料日期（可确认收存再填写）					

提示：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险金或者其他社会保障待遇的，属于《刑法》第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为。

待遇领取地社会保险经办机构意见：

经核实，申请人已在本地建立基本养老保险关系（非临时帐户），在本地首次参保时间（不包括补缴形成的时间） 年 月，从 年 月开始截止 年 月共有实际缴费 年 月。

联系人及电话：

（单位盖章）

年 月 日

此栏由养老保险科与区社保中心权益科流转办理。

人事档案所在地（户籍地）人力资源社会保障部门认定意见：

经认定，申请人 出生日期为 年 月，参加工作时间为 年 月，我省市地区个人缴费起始时间 年 月（依据文件名 称及文号 ），建立个人账户时间为 年 月，申请人基本养老保险有效视同缴费年限共 年 月，在本地未按月享受养老保险待遇。

需要说明的情况：

联系人及电话：

（单位盖章）

年 月 日

此栏为申报职工档案所在地或户籍地人力社保局填写确认。

待遇领取地人力资源社会保障部门认定意见：

经认定，申请人 出生日期为 年 月，参加工作时间为 年 月，实际缴费年限 年 月，视同缴费年限是 年 月。

需要说明的情况：

联系人及电话：

（单位盖章）

年 月 日

此栏为申报职工待遇领取地人力社保局填写确认。