参保人员基本养老保险视同缴费年限核定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | 张三 | 性别 | **男** | 身份证出生时间 | | | 1970年 1 月 |
| 社会保障号 | | **330302197001XXXXXX** | | | 档案最早记载出生时间 | | | 1970年 1 月 |
| 现工作单位 | | 温州市XXXXX | | | | | 参加工作时间 | 1988年 5 月 |
| 累计缴费年限 | | 年 个月 | | | 视同缴费年限 | | | 年 个月 |
| 工作简历 | | | | | | | | |
| 年月至年月 | | 在何地何单位 | | | | 变动原因 | | 任何职 |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |
| 申报意见 | | | | | | 主管部门意见 | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | | | （盖章）  年 月 日 | | |
| 部门核定意见  人力社保行政 | 经审核，视同缴费年限 年 个月  经办人： 审核人： 审批人：  审批单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | |