企业在职参保人员遗属待遇视同缴费年限认定表

参保人员社会保障号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员  基本信息 | 姓 名 |  | | | | 性 别 | | | |  | | 出生时间 | | | 年 月 | | | | |
| 公 民  身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加工作  时 间 | 年 月 | | | | 死亡日期 | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 办理遗属  待遇手续  人员基本  信 息 | 姓 名 |  | | | | 与参保人  关 系 | | | | 🞎父母 🞎配偶 🞎兄弟姐妹  🞎子女 🞎其他： | | | | | | | | | |
| 公 民  身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系方式 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报单位  （遗 属） | 按照吉人社联〔2021〕168号文件规定，申请确认参保人员的视同缴费年限。  （申报单位盖章）  遗属： 单位经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人力资源  社会保障  部门意见 | 经审核，该参保人员建立个人账户前的视同缴费时间为：  年 月 **至**  年 月；  年 月 **至**  年 月；  年 月 **至**  年 月，视同缴费年限 **共**  年 月。  （盖章）  经办人： 复核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**说明：**视同缴费年限为1995年7月1日建立个人账户制度前符合国家政策规定的连续工龄。