

# 附件1

## 领取社会保险待遇资格强制认证表

认证表编号：

| 领取待遇人员基本信息      |   |      |  |      |  |
|-----------------|---|------|--|------|--|
| 姓名              |   | 性别   |  | 出生年月 |  |
| 险种：             |   |      |  | 个人编号 |  |
| 公民身份号码（社会保障号码）： |   |      |  |      |  |
| 现居住地址           |   |      |  |      |  |
| 邮政编码            |   | 联系电话 |  |      |  |
| 以下内容由社保经办机构提供：  |   |      |  |      |  |
| 是否具备领取待遇资格      | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |      |  |      |  |
| 强制认证期开始时间：      | 年 月 日   |      |  |      |  |
| 社保经办机构认证章       | 经办人：（章） 年 月 日<br>复核人：（章） 年 月 日                        |      |  |      |  |

说明：1. 协助认证业务应社保或社保委托机构两人同时到场方可办理。

2. 协助认证机构应为领待人员居住地的县（区）及以上级社会保险经办机构。

3. 吉林市企业职工、城乡居民养老保险领取待遇人员将此表按要求填写完毕后，将此表盖章原件、领取待遇人员身份证正反面复印件及领取待遇人员本人与办理认证工作人员照片合影一并邮寄至吉林市社保局。地址：吉林省吉林市船营区福绥街1号 稽核处收 043269983051 邮编132011