

附件4

原机关事业单位工作人员基本养老保险补缴审批表

单位编号：

单位名称：

职工基本信息	姓名		出生日期	
	身份证号码		职工身份	
	职工手机号码		参加工作时间	
提交资料审核情况	提交资料无误 ☐ 提交资料有误 ☐ 提交资料有误的，请写明原因：			
补缴资格审核情况	☐ 按照武人社规〔2017〕2号文件规定，属于暂不予受理的第 类情形，请根据有关要求完备申报条件和补充相关资料。 ☐ 按照武人社规〔2017〕2号文件规定，属于不予受理的第 类情形。如对决定不服，可自收到本通知之日起60日内向市人社局（法规处）或区人民政府法制办申请行政复议，也可以在6个月内向辖区人民政府提起行政诉讼。 ☐ 经过审核，符合补缴适用范围及条件。			
审核结果	补缴开始时间	补缴终止时间	缴费工资	备注
签字确认	职工及用人单位经办人员签字：		市（区）人社行政部门（盖章）：	

备注：本表一式三份，局养老处一份，社保经办机构一份，参保人员一份。