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:

<table>
<tr><td rowspan="3">参保人员
基本信息</td><td>姓　　名</td><td colspan="2"></td><td>性　　别</td><td></td><td>出生时间</td><td colspan="2">年　　月</td></tr>
<tr><td>公　　民
身份证号码</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>参加工作
时　　间</td><td colspan="2">年　月</td><td>死亡日期</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">办理遗属
待遇手续
人员基本
信　　息</td><td>姓　　名</td><td colspan="2"></td><td>与参保人
关　　系</td><td colspan="4">☐父母　☐配偶　☐兄弟姐妹
☐子女　☐其他:</td></tr>
<tr><td>公　　民
身份证号码</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系方式</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>申报单位
（遗　属）</td><td colspan="8">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</td></tr>
<tr><td>人力资源
社会保障
部门意见</td><td colspan="8">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</td></tr>
</table>

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。