附件1

湖南省机关事业单位养老保险待遇领取人员资格认证确认表

单位名称(单位行政盖章）： 单位管理码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 姓 名 | 待遇领取人员  身份证号码 | 待遇领取人员  手机号码 | 认证年度 | 认证方式 | 认证状态 | 认证日期 | 认证经办人 | 备注 |
| 1 | 赵\*\* | 43\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*  \*\*\*\*\* | 139\*\*\*\*\*\*\*\*  （11 位） | 202\*年 | 上门、视频或其他合理方式 | 健在、死亡、失踪、收监或其他 | 20 年 月日 | \*\*\* |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参保单位意见 | | **我单位承诺：上述填报内容准确完整，待遇领取人员资格认证结果真实无误。若与实际情况不符，愿承担相关责任。**  单位负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | |

单位经办人 ：联系电话： 本页第 页，共 页 填表日期： 年 月 日

**说明：1.本表1式2份，参保单位和社保机构各1份；参保单位负责人签名并加盖行政公章后方有效。**

**2.待遇领取人员手机号码须填写准确完整，便于事后抽查核实确认。如有特殊情况，请在备注栏内说明。**