在职死亡人员视同缴费年限认定申请表

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **在职死亡参保人信息** | | | |
| 姓 名 |  | 人事档案所在地 |  |
| 公民身份号码/社会保障号码 | |  | |
| **申办人信息** | | | |
| 姓 名 |  | 联系方式 |  |
| 公民身份号码/社会保障号码 | |  | |
| **本人申请由待遇地人力资源社会保障行政部门对 的人事档案及视同缴费年限进行核查认定，用于核定遗属待遇。**  申办人签名： 年 月 日 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 社会保险经办机构（章）： | 经办人（签章）： |  | |
| 联系电话： | 年 | 月 | 日 |