

海南省补缴社会保险个人申请办理表（样表）

姓 名	张 三	身 份 证 号	46000419XXXXXXXXXX		
性 别	男	入 伍 时 间	XXXX年XX月	服役时长	共XX个月
联系电话	138XXXXXXXX	退 役 时 间	XXXX年XX月	政府安排方式	<input checked="" type="checkbox"/> 岗位安置 <input type="checkbox"/> 自谋职业
现户籍地址	（填写户口本或身份证上的地址）				
困难人员类型	<input type="checkbox"/> 最低生活保障对象 <input type="checkbox"/> 特困人员（属困难人员者填写）				
单位名称	<input checked="" type="checkbox"/> 有安置单位 <input type="checkbox"/> 无安置单位				
	原安置单位	（填写原海南省安置办公室安置的工作单位）			原安置单位意见：（盖章） 年 月 日
	原安置单位 上级主管部门	（填写原安置单位的上级主管部门）			
	现所在单位	（填写现在所在工作单位，如下岗失业则填写“无”）			
职工基本养老保险缴费情况	缴费时间	缴费地点	缴费单位		
	XXXX年XX月至XXXX年XX月	XX省XX市	XXXX单位		
	XXXX年XX月至XXXX年XX月	XX省XX市	XXXX单位		
	XXXX年XX月至XXXX年XX月	XX省XX市	XXXX单位		
	年 月至 年 月				
职工基本医疗保险缴费情况	缴费时间	缴费地点	缴费单位		
	XXXX年XX月至XXXX年XX月	XX省XX市	XXXX单位		
	XXXX年XX月至XXXX年XX月	XX省XX市	XXXX单位		
	XXXX年XX月至XXXX年XX月	XX省XX市	XXXX单位		
	年 月至 年 月				
年 月至 年 月					
提醒事项	<p>按照政策规定，对职工基本养老保险出现欠缴、断缴的部分予以补缴，补缴不超过本人军龄；重复缴费部分，不仅不能提高待遇标准，还会增加个人缴费负担。</p> <p>涉及达到法定退休年龄时补缴基本医疗保险的，原安置单位缴费能力和个人困难情况在本人达到法定退休年龄时再予认定。政府补缴年限不超过本人军龄。</p> <p>请认真核对个人缴费信息，据实填写并提供相关材料。对于伪造证明材料等非法获取相关待遇的行为，将依法追究相关单位及个人的责任。</p>				
个人签字	本人已认真阅读以上提醒事项，并承诺所填报信息属实。 申请人签名并按手印：张 三 2019年XX月XX日				