

编号:

军人退役基本养老保险参保缴费凭证

金额单位: 元

军人参保基本信息					
本人编号		姓名		性别	
公民身份号码		安置地地址			
退役参加基本养老保险项目	☐ 机关事业单位基本养老保险 ☐ 企业职工基本养老保险				
军人服役起止时间		在军队实际缴费月数			
单位缴费金额		个人缴费本金		个人缴费利息	
军人退役基本养老保险补助总额					
军队单位信息					
行政区划代码	910000	单位名称 (部队代号)			
电话		地址		邮政编码	

军队财务部门(盖财务专用章): 经办人:

退役军人本人签字: 退役军人(家属)联系电话:

年月日 (本凭证一式三份, 一份军队财务部门留存, 一份交给本人, 一份邮寄至退役军人安置地县级以上社会保险经办机构)

重要提示

1. 本凭证是退役军人参加基本养老保险的权益记录, 是申请办理军人退役基本养老保险关系转移接续手续的重要依据, 请妥善保管。
2. 退役军人本人签字时应填写能够联系到本人的联系电话, 并确保电话畅通。
3. 退役军人本人应按本凭证中所对应的基本养老保险项目, 到负责企业职工基本养老保险或机关事业单位基本养老保险的社会保险经办机构, 办理军人退役基本养老保险关系转移接续手续, 并出具本凭证。
4. 本凭证如不慎遗失, 请向军队原办理机关申请补办。