附件4

大兴区水库农转非移民社保缴费信息审核表

（ 年）

**审核单位**（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 核定年度内社保累计缴费是否满12个月 | | 是否自主缴费 | | 是否退休 | | 备注 |
|  |  |  | 是 | 否 | 是 | 否 | 是 | 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 经办人： 办结时间： 年 月 日