附件3

参保单位权益记录单

参保单位名称： 现参保地：

统一社会信用代码： 查询时间： 年 月— 年 月

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 缴费起止年月 | 缴费月数 |
|  |  |  | 年 月— 年 月 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

该单位 年 月 日缴费 人。

备注：1.本权益记录单为打印时参保情况。

2.本权益记录单已签具电子印章，社会保险经办机构不再加盖鲜章。

3.本权益记录单出具后有效期内（6个月）可在“全国社会保险公共

服务平台”进行网上验证。

社会保险电子专用章（盖章）

打印时间： 年 月 日