附件4

在职缴费人员个人权益记录单

姓名： 身份证号码：

现参保单位： 现参保地：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 缴费起止年月 | 月数 | 缴费基数(元) | 单位名称 | 社会保险经办机构 |
| 年 月-- 年 月 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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