

附件 5

根据中韩社会保险协定出具的《参保证明》申请表

编号:

1. 姓名 拼音	2. 性别	3. 出生年月	4. 民族
5. 身份证号码	6. 护照号码	7. 出境日期	
8. 本人在国内住址 (中英文填写)	联系电话		
9. 本人在韩国住址 (中英文填写)	联系电话		
10. 国内工作单位名称 (中英文填写)	联系电话		
	本人职务		
地 址 (中英文填写)	邮编		
11. 在韩国企业名称 (中英文填写)			
地址 (中英文填写)	邮编		
12. 人员类型	1. 派遣人员 (可申请延长) <input type="checkbox"/> 2. 短期就业人员 <input type="checkbox"/> 3. 自雇人员和投资者 <input type="checkbox"/> 4. 在航海船舶和航空器上受雇人员 <input type="checkbox"/> 5 政府或公共机构受雇人员 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		
13. 在韩国工作期限	年 月 日至 年 月 日		
14. 申请免除在韩国缴纳保险费期限	养老保险: 年 月 至 年 月 (首次 <input type="checkbox"/> 延长 <input type="checkbox"/> 失业保险: 年 月 至 年 月 (首次 <input type="checkbox"/> 延长 <input type="checkbox"/>		
15. 首次参保时间和当前缴费状态	城镇职工基本养老保险 <input type="checkbox"/> 新型农村社会养老保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民社会养老保险 <input type="checkbox"/> 年 月 当前缴费状态 正常 <input type="checkbox"/> 欠费 <input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 失业保险: 年 月 当前缴费状态 正常 <input type="checkbox"/> 欠费 <input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/>		
16. 申请单位意见 (签字盖章)	经办人: 年 月 日	17. 参保所在地养老保险经办机构意见 (签字盖章)	经办人: 年 月 日
18. 参保所在地失业保险经办机构意见 (签字盖章)	经办人: 年 月 日	19. 人力资源和社会保障部社会保险事业管理中心意见 (签字盖章)	经办人: 年 月 日

说明：

1. 1—13 栏为申请人及单位填写；14、15、17—19 栏为经办机构填写；16 栏为单位填写。
2. 该表一式三份（当地养老保险和失业保险经办机构、部社保中心各保存一份）。
3. 此表可复印，可从人力资源和社会保障部网页下载。
网址：www.mohrss.gov.cn（进入后点击：“网上办事大厅”中的“表格下载”）
4. 以个人身份参保或无雇主人员免盖单位公章。
5. 如在 12 栏人员类别中选择“其他”，需附个人简要情况及相关说明材料。

联系方式：

此表填写、审核盖章后，请寄至以下地址：
北京市东城区和平里 5 区 10 号楼
人力资源和社会保障部社会保险事业管理中心办公室
邮政编码：100013
电话：010-84216422、84229207
传真：010-84222731

注意：

只有每周一和周四下午(1:30—4:30)接待咨询和查询。