|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  **领取基本养老保险待遇资格认证花名册** | | | | | | | | | | | |
| **（未建模及异地居住人员）** | | | | | | | | | | | |
| 单位名称(盖章)： | | | | | 单位编号： | 填报日期： 年月日 | | | | 第页/共页 | |
| 序号 | 个人编号 | | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 出生年月 | 认证状态 | 认证方式 | 联系方式 | 现居住地详细地址 | 备注 |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： | | |  |  | 单位经办人： 联系电话: | | | |  | |  |
| 填写说明： | | 1.认证状态（未认证”0”、通过“√”、不通过“×”）。 | | | | | | | | | | |
|  | | 2.认证方式按“1－4”代码填写（1、社区认证、2、单位认证、3、异地社保认证、4、境外认证）。 | | | | | | | | | | |
|  | | 3.身份证号码为二代身份证。 | | | | | | | | | | |