**湖南省企业养老保险待遇超18个月未认证**

**恢复待遇资格申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **待遇领取人员基本情况（本人填写）** | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 证件类别 |  | | | 证件号码 |  | |
| 原所在单位名称 | | | |  | | |
| 户口所在地 | | 省 市 区（县） | | | | |
| 参保所在地 | | 省 市 区（县）社保经办机构 | | | | |
| 超过18个月未认证原因 | | 本人承诺：不存在不能正常领取养老金的情况，如有不实之处，愿意承担相应责任。  签名：  年 月 日 | | | | |
| 身份证复印件粘贴处（可另附页） | |  | | | | |

说明：

1、此表不得涂改和伪造。

2、参保所在地可通过湖南省人力资源和社会保障厅网站查询。