附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **根据中芬社会保障协定出具的《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.本人在芬兰住址  （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.在芬兰企业名称  （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） □ 2.自雇人员 □  3.航海船舶和航空器上的雇员 □ 4.例 外 □ | | | | | | | | | | | |
| 13.在芬兰工作期限 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 1. 申请免除在芬兰缴纳保险费期限 | 职工基本养老保险： 年 月 至 年 月 （首次 □ 延长 □）  失 业 保 险： 年 月 至 年 月 （首次 □ 延长 □） | | | | | | | | | | | |
| 15.首次参保时间和当前缴费状态 | 职工基本养老保险： 年 月 日  失 业 保 险： 年 月 日  当前缴费状态 正常□ 欠费□ 暂停□ 退保□ | | | | | | | | | | | |
| 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.《参保证明》回邮信息  收件人姓名：  联系电话：  国内地址：  邮政编码： | | | | | | |

说明：

1.1—14、16栏由申请人及单位填写；15、17、18栏由参保所在地经办机构填写。

2.该表一式3份（当地养老保险经办机构、当地失业保险经办机构和部社保中心各保存1份）。

3.此表可复印，可从人力资源社会保障部网页下载。网址：[www.mohrss.gov.cn](http://www.mohrss.gov.cn) (进入后点击“服务之窗”中的“表格下载”)。申请人也可在部门户网站查阅“中芬社会保障协定参保证明书办事指南”（点击“服务之窗”中的“办事指南”）。

4.如在12栏人员类别中选择“例外”，需附个人简要情况及相关说明材料。

5.**重要提示：**请申请人或经办人详实填写第19栏，以便我中心及时向您回邮《参保证明》。

联系方式：

此表填写、审核盖章后，请寄至以下地址：

北京市东城区安定门外大街138号 皇城国际B座

人力资源社会保障部 社保中心 国际合作处

邮政编码：100011

电话：010-89946777

传真：010-89946770