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