

军人退役养老保险参保缴费凭证

军人基本信息					
姓名		性别		个人编号	
公民身份号码		安置地(户籍地)地址			
军人服现役起止时间		在军队实际缴费月数			
单位缴费金额		个人缴费金额			
军人退役养老保险补助总额					
军队单位信息					
行政区划代码	910000	单位名称(部队代号)			
电话		地址		邮政编码	

军队财务部门(盖财务专用章): 经办人: 本人签字:
年 月 日

(本凭证一式两份,一份军队财务部门保留、一份交给本人)

重要提示

1. 本凭证是退役军人参加基本养老保险的权益记录,是申请办理军人退役养老保险关系转移接续手续的重要凭证,请妥善保管。
2. 当办理军人退役养老保险关系转移接续手续时,请向社会保险经办机构出示本凭证。
3. 本凭证如不慎遗失,请向军队原办理机关申请补办。