机关事业单位工作人员基本信息表

单位名称（公章）： 单位编号： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **公民身份号码** | **出生日期** | **民族** | **参加工作时间** | **退休时间** | **户籍****所在地** | **联系方式** |
| **通讯地址** | **邮政编码** | **固定电话** | **手机号码** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 单位负责人： 单位经办人：

填写说明：

1、单位编号：参保单位编号。

2、本表填写的对象为：纳入参保范围的机关事业单位工作人员和改革启动时点至单位首次办理参保登记期间办理退休手续的退休人员。

3、姓名、性别、公民身份号码、出生日期、民族、户籍所在地：按照身份证件上的相关信息进行填写。

4、参加工作时间：按照国家政策规定确认的首次参加工作时间。

5、退休时间：改革时点尚未退休，单位办理首次参保登记时已正式办理退休手续的人员，按照退休审批表上确定的退休时间填写，在职工作人员不填写。

6、各省、自治区、直辖市社保经办机构可根据实际情况新增附表增加信息采集项目(新增附表可一人一表也可多人一表)。