云南省企业职工基本养老保险延长缴费申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生日期 |  | 个人编号 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 本人申请 | 本人已达到法定退休年龄，累计缴费年限不足十五年，申请延长缴费至满十五年。  申请人（签字）：  年 月 日 | | | | |
| 申请单位意见 | 同意按单位职工身份继续缴纳养老保险费至满十五年。  经办人： 单位（签章）：  年 月 日 | | | | |

备注：“申请单位意见”栏，自谋职业和灵活就业人员不填写。