附件5

就业单位为毕业生缴纳社会保险费证明

**（仅限用于申请江苏省高等学校毕业生学费补偿）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 缴费单位  名 称 | |  | | | | | | 组织机构代码号 | |  | |
| 单位社会保险登记证号 | |  | | 被保险人 | |  | | | 公民身份号 |  | |
| **经业务系统查询，该单位已经为被保险人办理了养老保险、失业保险、工伤保险、生育保险、基本医疗五项社会保险中的 项参保手续，摘要如下：** | | | | | | | | | | | |
| 社会保险项目 | | | 是否参保 | | 是否连续缴费 | | | 首次缴费年月 | | | 最后缴费年月 |
| 1. | 养老保险 | |  | |  | | |  | | |  |
| 2. | 失业保险 | |  | |  | | |  | | |  |
| 3. | 工伤保险 | |  | |  | | |  | | |  |
| 4. | 生育保险 | |  | |  | | |  | | |  |
| 5. | 基本医疗保险 | |  | |  | | |  | | |  |
| **请将缴费单位[应与劳动（聘用）合同中的单位名称一致]为被保险人缴纳社会保险费明细查询记录打印并加盖社会保险管理机构公章附后！** | | | | | | | | | | | |
| **县级社会保险管理机构意见** | | | | | | | **县级学生资助管理机构意见** | | | | |
| **经审核，确认上述信息和单位缴纳社会保险费明细记录无误**。  （盖社会管理机构公章）  负责人签字：  经办人签字：  日 期： 年 月 日 | | | | | | | **经复核，上述材料符合江苏省高等学校毕业生学费补偿申请要求**。  （盖学生资助管理机构公章）  负责人签字：  经办人签字：  日 期： 年 月 日 | | | | |

**注：信息填写不清晰、不完整，经办人和负责人未签字、未加盖清晰公章、无缴费明细的证明均无效。**