继承关系证明

兹证明\_\_\_\_\_\_\_（居民身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）与死者\_\_\_\_\_\_居民身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_为\_\_\_\_关系，是其□唯一□不唯一法定继承人。

单位名称（电子印章）

年 月 日

（达到法定退休年龄前终止职工基本养老保险关系待遇核准支付 0600144012）

信息提供单位（印章） 信息获取单位（印章）