

شماره :

تاریخ :

فرم درخواست بررسی اطلاعات سامانه

مشاهده سوابق بیمه شدگان تامین اجتماعی

الصاق تصاویر شناسنامه (صفحات اول و توضیحات) و کارت ملی الزامی است

شعبه :

اینجانب.....شماره بیمه.....شماره شناسنامه.....تاریخ تولد
محل صدور.....نام پدر.....سری و سریال شناسنامه.....شماره
ملی.....آخرین وضعیت ارتباط سازمان: ☐ اجباری ☐ مشاغل آزاد
☐ اختیاری ☐ مقرری بگیر بیمه ☐ بازنشسته ☐ از کارافتاده کلی
☐ مستمری بگیر بازماندگان ☐ سایر :.....

با توجه به اینکه بخشی از سوابق مربوط به اینجانب در سامانه فوق الذکر گزارش نشده است خواهشمند است دستور
فرمائید طبق اطلاعات مندرج در جدول ذیل و مستندات پیوست نسبت به بررسی موضوع اقدام نمایند.

محل درج اطلاعات مربوط به سوابقی که در سایت گزارش نشده است.

ردیف	شماره بیمه	شعبه	دوره سابقه		مشخصات کارگاه (مختص بیمه شدگان اجباری)		
			از	لغایت	استان	شهر	نام کارگاه
۱							نشانی کارگاه
۲							
۳							
۴							
۵							

مستندات ارائه شده: ☐ رسید واریز حق بیمه ☐ نسخه دوم لیست نزد کارفرما ☐ سایر مستندات:.....

امضاء و اثر انگشت

آدرس پستی :

پست الکترونیک :

شماره تلفن همراه :

شماره تلفن ثابت :

توضیحات تکمیلی :.....