



重庆市人力资源和社会保障局 关于规范社会保险参保证明管理的通知

渝人社发〔2014〕63号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局，北部新区社会保障局、万盛经开区人力资源和社会保障局：

根据《社会保险法》和《社会保险个人权益记录管理办法》（人力资源和社会保障部令第14号）相关规定，为规范我市社会保险参保证明（以下简称“参保证明”）管理，维护参保单位及个人的合法权益，结合我市实际，现就有关事宜通知如下：

一、适用范围

（一）在我市参加社会保险的用人单位和个人（以下简称“参保单位”、“参保人员”）；

（二）依法需要社会保险经办机构协助提供相关单位或个人参保证明的行政部门、司法机关；

（三）法律法规规定需要社会保险经办机构协助提供相关单位或个人参保证明的其他单位或个人。

二、参保证明出具流程

（一）参保单位或参保人员提出申请



1. 对需要出具参保证明的参保单位，应填写《重庆市出具社会保险参保证明申请单（单位）》（附件1），到参保地的社会保险公共业务管理办公室办理出具参保证明的相关手续。

2. 对需要出具参保证明的参保人员，应由参保人员持本人《社会保障卡》或《居民身份证》，到参保地的社会保险公共业务管理办公室办理出具参保证明的相关手续。参保个人因各种原因无法亲自前往的，可委托他人办理，受托人须持委托人出具的《重庆市委托出具社会保险参保证明申请单（个人）》（附件2）、委托人的《社会保障卡》或《居民身份证》复印件，以及受托人的身份证原件办理。

3. 行政部门、司法机关及其他单位因履行工作职责依法申请办理单位或个人参保证明的，应提供单位介绍信、经办人工作证或有效身份证件原件、查询目的和法律法规依据。

（二）社会保险经办机构出具参保证明

1. 各区县（自治县）社会保险公共业务管理办公室受理参保单位或参保人员要求出具参保证明的申请后，会同各险种社会保险经办机构，核实有关情况，为参保单位或参保人员出具参保证明。

2. 各区县（自治县）社会保险公共业务管理办公室受理行政部门、司法机关及其他单位要求出具参保证明的申请后，会同各险种社会保险经办机构，核实有关情况，并经本单位负责人审核



批准后，按照规定的查询对象在职责范围内予以提供。

三、其他

（一）向参保单位及参保人员提供的参保缴费证明样式统一为《重庆市社会保险参保证明（单位）》（附件3）、为参保人员出具《重庆市社会保险参保证明（个人）》（附件4）。

（二）社会保险参保证明原则上由各区县（自治县）社会保险公共业务管理办公室负责出具。对只涉及单险种的参保证明，由各区县（自治县）对应险种社会保险经办机构按照本《通知》规定执行。

（三）各区县（自治县）社会保险公共业务管理办公室及各社会保险经办机构为参保单位和个人出具参保证明，原则上应即时办结；对情况较复杂，需要进一步查实相关信息后方能出具的，应在3个工作日内办结。

（四）各区县（自治县）对在实际执行过程中遇到的新问题，应及时书面报告市人力社保局社会保险公共业务管理办公室。

联系人：黄丹，联系电话：88622917，传真电话：88622918。

- 附件：1. 重庆市出具社会保险参保证明申请单（单位）
2. 重庆市委托出具社会保险参保证明申请单（个人）
3. 重庆市社会保险参保证明（单位）
4. 重庆市社会保险参保证明（个人）

重庆市人力资源和社会保障局

2014年3月24日



附件 1

重庆市出具社会保险参保证明申请单 (单位)

_____区(县、自治县)社保公共业务办公室(经办机构):

我单位参加社会保险的编号为_____,单位名称_____,现因需要,特向贵单位申请开具社会保险参保证明_____份,请予协助。

授权办理人:_____ (身份证号码:_____)。

(单位公章)

年 月 日



授权办理人身份证复印件



附件 2

重庆市委托出具社会保险参保证明申请单 (个人)

_____区(县、自治县)社保公共业务办公室(经办机构):
我参加社会保险的编号为_____, 姓名_____, 现因_____需要, 特向贵单位申请开具社会保险参保证明_____份。因本人无法前往, 特委托_____ (身份证号码: _____) 办理, 请予协助。

受委托人身份证复印件

附件 3

重庆市社会保险参保证明（单位）

单位名称：

单位社保编号：

参保险种： 养老 医疗 失业 工伤 生育 (年 月—

年 月) 打印日期：

缴费 月份	养老保险		医疗保险		失业保险		工伤保险		生育保险	
	缴费人数	缴费金额	缴费人数	缴费金额	缴费人数	缴费金额	缴费人数	缴费金额	缴费人数	缴费金额



重庆市人力资源和社会保障局行政规范性文件

欠费情况（截至 年 月）										
险种	养老保险	医疗保险	失业保险	工伤保险	生育保险					
累计欠费（元）										

注：1.本表附参保人员明细共 页。2.医疗保险缴费金额为基本医疗保险和大额医疗保险合计缴费金额。

（证明机构业务专用章）
经办人：



重庆市社会保险参保证明（单位） —参保人员明细

单位名称： 单位社保编号： 打印日期：

参保险种： 养老 医疗 失业 工伤 生育

序号	金保个人 编号	姓名	身份证号	在本单位 起始参保时间	当前参保 状态	备注

注：本表作为《重庆市社会保险参保证明（单位）》的附件。

（证明机构业务专用章）

经办人：

第 页，共 页

附件 4

重庆市社会保险参保证明（个人）

参保人姓名：_____性别：_____身份证号码：_____社保编号：_____，该参保人在我区（县、自治县）参加社会保险的情况如下：

（一）历年参保基本情况

险种	实际缴费月数	当前参保状态	险种	实际缴费月数	当前参保状态
养老保险			工伤保险		
医疗保险			生育保险		
失业保险					

（二）近两年参保缴费明细（_____年_____月—_____年_____月）

年	月	养老保险				医疗保险				失业保险				工伤保险				生育保险							
		单位 编号	缴费 工资	个人 缴费	单位 缴费	单位 编号	缴费 工资	个人 缴费	单位 缴费	单位 编号	缴费 工资	个人 缴费	单位 缴费	单位 编号	缴费 工资	个人 缴费	单位 缴费	单位 编号	缴费 工资	个人 缴费	单位 缴费				



重庆市人力资源和社会保障局行政规范性文件

注：1.本证明共 页。
2.表中“单位编号”对应的单位名称为：

(证明机构业务专用章)
经办人： 打印日期：