**个人社保类收入证明**

经查， 同志，身份证号码为 ,

在我部门享受以下待遇（如未享受待遇请填写无）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 类别 | 月补助标准（元） | 享受时间（年月） |
| 退休金（养老金） |  |  |
| 伤残津贴 |  |  |
| 遗属生活补助金 |  |  |
| 失业保险金 |  | 起止时间： |
| 其他： |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

特此证明。

 社保机构

 （公章）

 年 月 日