|  |  |
| --- | --- |
| **Đơn vị:..........**Số:..................... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| **Mẫu số: D01b-TS***(Ban hành kèm theo QĐ số: 1111/QĐ-BHXH* *Ngày 25/10/2011của BHXH Việt Nam)* | *................, ngày ..... tháng ..... năm ...........* |

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội.............................................

- Tên đơn vị:..................................................................................................

- Mã số quản lý:.............................................................................................

- Địa chỉ:........................................................................................................

**Nội dung:**

Đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội quận/huyện .......xác nhận cho tôi thời gian tôi tham gia bảo hiểm xã hội khi công tác tại......trong khoảng thời gian từ..... đến....

**Lý do:**

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Hồ sơ gửi kèm:**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Đề nghị cơ quan bảo hiểm xã hội xem xét, giải quyết theo quy định.

 **Người làm đơn**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*