附件4

企业职工因工和非因工伤残或因病提前退休审批（核）花名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 姓名 | 性别 | 出 生年 月 | 参加工作时 间 | 缴费年限 | 退休（职）类 别 | 备注 |
| 合计 | 视同 | 核减的视同缴费年限 | 实际 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

主管单位（部门）名称（盖章）： （本表须机打，手工填写无效） 共 页 第 页

说明：1.国发﹝1978﹞104号文件对因工和非因工伤残或因病提前退休的规定：

（1）男年满五十周岁，女年满四十五周岁，连续工龄满十年，由医院证明，并经劳动鉴定委员会确认，完全丧失劳动能力的。

（2）因工致残，由医院证明，并经劳动鉴定委员会确认，完全丧失劳动能力的。

2.核减视同缴费年限系指吃劳保、判刑等其他按国家和省规定需核减的年限；

3.本表一式三份，本人所在单位、社会保险经办机构、人力资源和社会保障行政部门各一份

单位负责人： 经 办 人： 批准人：

申报时间： 年 月 日 年 月 日 年 月 日