|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 《辽宁省本级社会保障卡特定业务申请表》 | | | | | | |
| 申请人信息 | 姓名 |  | 身份证件类型及号码 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | |
| 代理人资料 | 代理人姓名 |  | 代办理由及关系 |  | | |
| 联系电话 |  | 身份证件类型及号码 |  | | |
| 申请事项 | □人社密码挂失 |  | □社保卡挂失 | □加急制卡 | | |
| □人社密码重置 |  | □社保卡补发 |  |  |  |
| □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **1、请使用黑色碳素钢笔或签字笔填写此表内容，确保填写字迹清晰工整。** | | | | | | |
| **2、申请人承诺上述所提供的资料真实、有效、如有伪造、欺诈等违法行为自愿承担法律责任。** | | | | | | |
| 代理人签字: | | 参保单位意见（盖章）: | | 年 月 日 | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|