**社会保障卡异地转移证明**

单位全称： \*\*\*市\*\*\*\*\*区\*\*\*\*\*单位全称

单位编号： 统一社会信用代码证号

 我单位将委派社保专管员 \*\*\* 到社会保障卡综合服务窗口办理本单位共 \*\*人的社会保障卡，请办理由 \*\*\*市医保转为省医保的转移手续。

 注：需附转移人员明细

 特此证明！

专管员联系方式： 139\*\*\*\*\*\*\*\*

 单位（公章）

 \*\*\*\*年\*\*月\*\*日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 社保卡号 | 姓名 | 身份证号码 | 原参保地 |
| 1 | \*\*\*\*\* | \*\*\* | 142\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | \*\*\*\*\* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |