

附件 4

军人退休（供养）证明

（原参保地社会保险经办机构名称）：

\_\_\_\_\_同志系我单位（干部、士兵），符合国家规定的（退休、被评为一至四级残疾由国家供养）条件。该同志自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日在你处参加了基本养老保险，请按规定办理基本养老保险关系终止和个人账户储存额的退还手续。

军人所在团级以上单位（盖章）

年 月 日

经办人：

联系电话：