

附件4:

领取病残津贴人员情况表

序号	个人编码	姓名	性别	档案出生年月	身份证号码	工作单位	参加工作时间	学历	职称	退休类别	(工种) 身份	劳动能力或工种年限	累计缴费年限(月)	其中		拟退休时间	备注
														实际缴费年限(月)	视同缴费年限(月)		
1	1001361518	任三廷	男	197603	64222619760308****	彭阳县灵活就业虚拟单位	200901	大专		因病		全部丧失劳动能力	180	180		202312	199****1069