承诺书

宜宾市社会保险事务中心：

本人姓名:{{i\_1\_姓名}}身份证号码： {{i\_2\_身份证}}

申请补缴时段： {{i\_3\_年}}年 {{i\_4\_月}} 月至{{i\_5\_年}}年{{i\_6\_月}}月 ，补缴时段所在单位：{{i\_7\_所在单位}} 。

1、以上补缴时段是否存在异地缴费：是 否

2、以上补缴时段是否被羁押、拘役及判处有期徒刑： 是 否

本人承诺本次向宜宾市社会保险事务中心提供的以上信息真实有效，如有不实，自愿承担由此产生的法律责任。

承诺人（捺印）：

{{date\_8\_日期}}