

____职工在职说明

中国职工保险互助会湖北省办事处：

下列人员系为我单位在职职工。

职工____（性别：____，证件类型：____，证件号码：____，年龄：____岁）为____（例如港澳台/外籍/其他）人员，为本单位工会会员，按照本单位在职人员管理规定，为其正常缴纳职工社会保险费。随单位参加湖北省职工互助保障活动（一年期）。

特此证明！

____单位

____年____月____日

（盖单位/工会章）