

参保证明  
CERTIFICATE OF COVERAGE  
TODISTUS LAINSÄÄDÄNNÖN PIIRIIN KUULUMISESTA

中华人民共和国政府和芬兰共和国政府社会保障协定第七条和第十条  
ARTICLE 7 AND ARTICLE 10 OF THE SOCIAL SECURITY AGREEMENT  
BETWEEN THE GOVERNMENT OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA AND  
THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF FINLAND  
KIINAN KANSANTASAVALLAN HALLITUKSEN JA SUOMEN TASAVALLAN HALLITUKSEN VÄLILLÄ SOLMITUN  
SOSIAALITURVASOPIMUKSEN  
ARTIKLAT 7 JA 10

<b>1. 人员信息 / PERSONAL INFORMATION/HENKILÖTIEDOT</b>		
a) 全名/Full name /Koko nimi [姓/Surname/Sukunimi,名/Given name(s)/Etunimet]	b) 国籍/ Nationality/Kansalaisuus	
c)永久居住国 /Country of Permanent Residence / Vakinainen asuinmaa	d) 生日和性别 / Date of birth and gender /Syntymäaika ja sukupuoli (DD/MM/YYYY)/(PP/KK/VVVV)  <input type="checkbox"/> 男/Male /Mies <input type="checkbox"/> 女/Female /Nainen	
e) 中国社会保障号/Chinese Social Security number /Kiinan sosiaaliturvanumero		
f)人员类别 / Category of personnel /Henkilöryhmä <input type="checkbox"/> 派遣人员 / Detachment /Lähetetty työntekijä <input type="checkbox"/> 自雇人员/Self-employed /Yrittäjä <input type="checkbox"/> 例外/ Exception/Poikkeuslupa		
<b>2. 在中国的单位信息/ INFORMATION ABOUT THE ESTABLISHMENT IN CHINA /TIEDOT YRITYKSESTÄ KIINASSA</b>		
a)单位名称 Name of establishment / Yrityksen nimi	b)地址 / Address / Osoite	
<b>3. 在芬兰的单位信息 / INFORMATION ABOUT THE ESTABLISHMENT IN FINLAND/TIEDOT YRITYKSESTÄ SUOMESSA</b>		
a)单位名称/ Name of establishment / Yrityksen nimi	b)地址 / Address/ Osoite	
<b>4. 中国主管机构证明 / CERTIFICATION OF CHINESE AUTHORITY / KIINAN VIRANOMAISEN VAHVISTUS</b>		
兹证明上述人员继续参加中国的职工基本养老保险和失业保险，根据中芬社会保障协定的规定在下述工作期间免除与收入相关的年金计划下的老年、残疾和遗属年金及失业保险的缴费。 We certify that the person named above remains subject to China's Old-Age Insurance and Unemployment Insurance and is exempt from Finnish Earnings-related Old-Age, Disability and Survivor's Pension Insurance and Unemployment insurance for work period described below by virtue of Agreement on Social Security between China and Finland. /Vahvistamme, että yllä mainittu henkilö pysyy Kiinan vanhuuseläkevakuutuksen ja työttömyysvakuutuksen piirissä ja ettei hän kuulu Suomen työeläkejärjestelmän mukaisen vanhuus-, työkyvyttömyys- ja perhe-eläkevakuutuksen eikä työttömyysvakuutuksen piiriin alla mainittuna työskentelyaikana Kiinan ja Suomen välisen sosiaaliturvasopimuksen perusteella.		
白/ From /Mistä (日/月/年) (DD/MM/YYYY) 至/ To /Mihin (日/月/年) (DD/MM/YYYY)		
日期/Date (DD/MM/YYYY) /Päiväys (PP/KK/YYYY)	社会保险事业管理中心负责人签字 / Signature of authorized officer of the Social Insurance Administration / Sosiaalivakuutushallinnon valtuuttaman virkamiehen allekirjoitus	单位印章 / Official stamp/Virallinen leima

编号/Reference number /Viitenumero:

Todistus lainsäädännön piiriin kuulumisesta  
Certificate of coverage  
参保证明

Sopimuksen 7, 8, 9 ja 10 artiklat  
Articles 7, 8, 9 and 10 of the Agreement  
协定第七、八、九和十条  
Toimeenpanosopimuksen 5 artikla  
Article 5 of the Administrative Arrangement  
行政协议第五条

1. Työntekijä tai yrittäjä /Employed or self-employed person / 雇员或自雇人员

Sukunimi/Surname/姓		Sukupuoli/Sex/性别	
Etunimet/Given name(s)/名		<input type="checkbox"/>	mies/male/男
		<input type="checkbox"/>	nainen/female/女
Syntymäaika/Date of birth/生日	Henkilötunnus Suomessa/Population register number in Finland/在芬兰的人口登记号		
Vakinainen osoite Suomessa/Permanent address in Finland/在芬兰的永久居住地址			
Sähköpostiosoite/E-mail/邮箱			

2. Työnantaja Suomessa/Employer in Finland/芬兰的雇主

Nimi tai toiminimi/Name of employer/雇主名称	
Osoite/Address/地址	

3. Työntekijä tai yrittäjä on työssä Kiinassa/The period of the employed or self-employed person working in China/  
雇员或自雇人员在中国工作的时间

Mistä/From/起	Mihin/To/止
--------------	------------

4. Yritys Kiinassa/Firm in China/在中国的公司

Nimi tai toiminimi/Name of employer or firm/雇主或公司名称	
Osoite/Address/地址	

Eläketurvakeskus täyttää/To be completed by the Finnish Centre for Pensions/由芬兰养老金中心完成

5. Vakuutettu henkilö pysyy Suomen lainsäädännön piirissä kohdassa 3 mainittuna aikana. Todistus on annettu  
sopimuksen seuraavan artiklan perusteella:/

Insured person shall be subject to the legislation of Finland for a period mentioned in box 3. Certificate is issued  
according to the following Article of the Agreement:/

被保险人在本表格第3项确定的期限内适用芬兰法律。本证明根据协定以下条款出具：

Artikla/Article 7/第七条  Artikla/Article 8/第八条  Artikla/Article 9/第九条  Artikla/Article 10/第十条

Allekirjoitus/Signature/签字

Päiväys/Date/日期	Eläketurvakeskuksen leima/Stamp of the Finnish Centre for Pensions/ 芬兰养老金中心印章
Allekirjoitus/Signature/签字	
ELÄKETURVAKESKUS Lakiosasto/Legal Department/法律部	

Postiosoite/Postal address	Käyntiosoite/Visiting address	Puhelin/Telephone	Faksi/Fax	Internet
FI-00065 ELÄKETURVAKESKUS	Kirjurinkatu 3	+3582941120	+358914811/2	www.etk.fi
Finland	Itä-Pasila, Helsinki			www.tyoelake.fi