附件1

社 会 保 险 登 记 表

单位名称（公章）

申 请 日 期

广东省社会保险基金管理局制

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  | 邮 编 |  |
| 单位注册地 |  | 纳税人识别号 |  |
| 统一社会信用代码证（照）信 息 | 统一社会信用代码: |
| 机构类型： |
| 有效期限： |
| 登记管理机关: |
| 批准成立信 息 | 批准单位： |
| 批准日期： |
| 批准文号： |
| 法定代表人或负责人 | 姓 名： |
| 公民身份号码： |
| 电 话： |
| 经办部门及负责人 | 部门名称： |
| 姓 名： |
| 电 话： |
| 经办人员 | 姓 名： |
| 公民身份号码 |  |
| 办公电话 |  | 接收短信号码 |  |
| 单位性质 |  | 经费来源 |  | 隶属关系 |  |
| 所属行业 |  | 是否属保密单位 |  |
| 主管部门 |  | 编制人数 |  | 退休人数 |  |
| 在编人数 |  | 其中 | 财政全额拨款 |  |
| 非财政全额拨款 |  |
| 基本养老保险缴费 | 开户银行 |  | 户 名 |  |
| 银行账号 |  |
| 基本养老保险待遇支付 | 开户银行 |  | 户 名 |  |
| 银行账号 |  |
| 职业年金缴 费 | 开户银行 |  | 户 名 |  |
| 银行账号 |  |
| 职业年金退 费 | 开户银行 |  | 户 名 |  |
| 银行账号 |  |
| 备 注 |  |

填写说明

1.本表由用人单位申请办理社会保险登记时填写。此表一式两份，分别由用人单位和社保经办机构留存。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.地址、邮编：按单位所在的详细地址填写，应写明所在区（县）、街（乡、镇）、路（道、胡同）和门牌号码及邮编。

4.单位注册地：与登记管理部门颁发的标注统一社会信用代码的注册登记证（照）上单位地址一致（未更换的，以组织机构代码证为准）。

5.纳税人识别号：填写税务登记的纳税人识别号。

6.统一社会信用代码证（照）信息：指登记管理部门颁发的标注统一社会信用代码的注册登记证（照）中的相应信息。

7.批准成立信息：指有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件上的相应信息。

8.法定代表人或负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人或负责人有关信息。

9.经办部门及负责人：填写参保单位负责本单位社会保险相关业务的部门及部门负责人信息。

10.经办人员：填写参保单位办理社会保险相关业务工作人员有关信息。

11.单位性质：按照机关、参照公务员法管理的事业单位、事业单位（行政类、公益一类、公益二类、尚未确定分类类型）、社会团体、人民武装部、军队填写。

12.经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。

13.隶属关系：按中央属、部属、省属、市属、县属、乡镇属和军队分类填写。

14.所属行业：按《国民经济行业分类》（GB/T4754-2017)填写至门类和大类。

15.是否属保密单位：根据国家保密规定填写“是”、“否”。

16.主管部门：填写参保单位的上级主管部门。无上级主管部门的，填“无”。

17.编制人数：编制部门最后一次核准参保单位的人员编制总数。

18.在编人数：实有在职在编人数。

19*.*退休人数：参保单位原在编人员已办理退休并领取退休待遇的人数。

20.开户银行、户名、银行账号：参保单位缴纳基本养老保险费、接收基本养老保险待遇支付及退费、缴纳职业年金、接收职业年金退费的开户银行、户名及银行账号。

21.备注：需要说明的其他情况。

附件2

机关事业单位养老保险参保单位信息变更申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 社会保险登记编号 |  |
| 请在下列项目中选择需要办理的内容： |
|  □变更登记 □注销登记 |
| 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   需说明的情况:单位经办人签章:  联系手机号码： 年 月 日 （单位公章） |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表是参保单位到社保经办机构办理社会保险变更登记、注销登记等业务时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.变更项目：参保单位变更登记的事项，例如参保单位名称、地址、法定代表人（负责人）、机构类型、经费来源、隶属关系、主管部门、统一社会信用代码、开户银行账号等。

5.变更前内容：参保单位变更登记事项在现有社会保险登记表中的内容。

6.变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分。

7.备注: 需要说明的其他情况。

8.需说明的情况：参保单位登记变更项目和内容时，需要注明的事项。

附件3

机关事业单位养老保险参保人员增减员申报表

单位名称（公章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 证件类型 | 证件号码 | 增员信息 | 减员信息 | 接收短信号码 | 备注 |
| 增员类别 | 参加工作时间 | 个人身份 | 用工形式 | 编制类型 | 编制归属 | 是否属军转干部 | 是否属保密人员 | 缴费起始年月 | 月平均工资（元） | 减员原因 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  单位经办人签章: 联系手机号码： 年 月 日 |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表适用于参保单位到社保经办机构办理参保人员增员、减员业务时填写使用。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.姓名：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.证件号码：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致，有英文字符的，用大写。

6.增员类别：填写“新参保”或“恢复缴费”。填写“恢复缴费”的，“参加工作时间”、“个人身份”、“用工形式”等信息按首次参保登记信息，可不填写相关字段。

7.参加工作时间：按照国家政策规定确认的首次参加工作时间，6位数字，格式：YYYYMM。

8.个人身份：填写公务员、机关工人、事业单位管理人员、事业单位专业技术人员、事业单位工勤人员、军队文职人员。

9.用工形式：填写干部、原固定工、合同制工人。

10.编制类型：填写全额拨款、差额拨款、自收自支、未列编制。

11.编制归属：填写中央、省、市、县（市、区）、军队。“市”的填写地级以上市全称，“县（市、区）”的填写县（市、区）全称。

12.是否属军转干部：填写“是”或“否”。

13.是否属保密人员：根据国家保密规定填写“是”或“否”。

14.缴费起始年月：填写本次在本参保单位参加机关事业单位养老保险起始年月。

15.月平均工资（元）：按规定的缴费工资基数项目和标准申报。如属于跨年度申报的，应分别填报所属年度的月平均工资。

16.减员原因：填写人员统筹范围内转出、解除或终止劳动合同、死亡、达到享受养老待遇条件、停薪留职、被采取强制措施、失踪、辞职、开除、辞退、其他原因等。

17.接收短信号码：填写参保人员可接收短信的移动电话号码。

18.备注：需要说明的其他情况。有效证件类型为非居民身份证号（户口簿）的，可填写国籍等其他信息。

附件4

机关事业单位养老保险参保人员信息变更申报表

单位名称（公章）：社会保险登记编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 公民身份号码（社会保障号码） |  |
| 请在下列项目中选择人员参保状态： |
| □在职人员 □退休人员  |
| 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  需说明的情况: 单位经办人签章:  联系手机号码： 年 月 日  |

 广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1. 本表是参保单位到社保经办机构办理参保人员信息变更时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.姓名、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.变更项目：填写参保人员需变更的具体事项。变更人员信息的，填写需变更具体信息，如参加工作时间、用工形式、个人身份等；变更个人账户记录信息的，填写需变更的具体信息，如首次参保时间、参保日期等；申请合并个人账户的，填写合并账户的姓名、公民身份号码等；对待遇支付标准有异议申请重新核定的，填写涉及待遇重核项目的具体信息，如批准退休时间、岗位、薪级、基本工资、退休补贴等。

6.变更前内容：变更事项原记录的具体信息。

7.变更后内容：变更事项需进行调整后的具体信息。

8.备注: 需要说明的其他情况。

9.需说明的情况：有需要说明情况的，填写本项目。

附件5

机关事业单位养老保险 年度缴费工资申报表

单位名称（公章）： 社会保险登记编号： 单位：元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 公民身份号码（社会保障号码） | 本年度月平均工资 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 小计 |  |
| 单位申报意见：**参保人员本年度月平均工资填报真实，并已告知参保人员本人，若与实际情况不符，愿承担相关责任。** 单位经办人签章： 单位负责人签章：  联系手机号码： 年 月 日 |

广东省社会保险基金管理局制

本表一式二份，参保单位和社保经办机构各一份。 本页第 页，共 页。

填写说明

1.本表用于参保单位在每年底统计申报下一年度本单位及参保人员的缴费工资。由参保单位负责填写，经本人确认或公示后，单位盖章按时上报。

2. 年度：指缴费年度。

3.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

4.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

5.姓名、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

6.本年度月平均工资：参保人员本年度月平均工资=本年度工资总额÷（本年度发放工资终止月－本年度发放工资起始月＋1）。年度工资总额指参保人员年度工资收入中纳入缴费工资基数项目（标准）之和。

附件6

机关事业单位养老保险参保人员缴费变更申报表

 单位名称（公章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 公民身份号码(社会保障号码) | 起止时间 | 月平均工资(元) | 备注 |
| 变更前 | 变更后 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人签章： 联系手机号码： 年 月 日 |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表是参保单位到社保经办机构办理缴费月数和缴费工资基数变更及单位多缴、少缴基本养老保险费退补款等业务时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.姓名、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.起止时间：填写需变更缴费时段起止时间，时间为6位数字，格式：YYYYMM-YYYYMM。

6.月平均工资（元）：填写起止时段的缴费工资，按规定的缴费工资基数项目和标准申报。

7.备注: 需要注明的事项。

附件7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 编号： | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 养老保险关系转移接续申请表 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 姓  名 |  | 性 别 |  | 社会保障号码 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 原个人编号 |  | 户籍所在地 |  |
| 原参保所在地区名称 |  | 原参保地社保机构行政区划代码 | 　 |
| 原参保地社保机构名称 |  | 原参保地社保机构联系电话 | 　 |
| 原参保险种类型 | 机关事业单位养老保险〔 〕 企业职工养老保险〔 〕 |
| 原参保地社保机构地址 | 　 | 原参保地社保机构邮政编码 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
|     参保单位（章）: | 　 | 　 |     申请人（签字）： |
|     联系手机号码： | 　 |     联系手机号码： |
|   年  月  日 | 　 | 　 | 年  月  日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| （落款中的参保单位和申请人，二选一即可） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

填写说明

1.本表是参保单位或参保人员向转入地社保经办机构申请将城镇企业职工养老保险、异地机关事业单位养老保险关系转移业务时填写。

2.姓名、性别、社会保障号码、户籍所在地：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

3.原个人编号：指原在社保经办机构参保时，原社保经办机构办理养老保险登记时所记录的编号，可为空。

4.原参保所在地区名称、原参保地社保机构名称：指原参保地的社保经办机构基本信息，必填项目。

5.原参保地社保机构行政区划代码、原参保地社保机构联系电话、原参保地社保机构地址、原参保地社保机构邮政编码：指原参保地的社保经办机构基本信息。

6.原参保险种类型：指原参加的养老保险类型。

7.参保单位、申请人：二选一填写。

附件8

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 编号： |  |
| 基本养老保险关系转移接续联系函 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| （原参保地社保机构名称）： |  |
|  原在你处的参保人员 ，现申请将其基本养老保险关系转至我处，如无不妥请按相关规定办理转移手续。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 原个人编号 |  | 姓名 |  | 性别 |  |  |
|  | 公民身份号码（社会保障号码） |  | 新就业地社保机构开户全称 |  |  |
|  | 新就业地社保机构开户银行 |  | 新就业地社保机构银行账号 |  |  |
|  | 新参保险种类型 | 机关事业单位养老保险〔 〕 企业职工养老保险〔 〕 |  |
|  | 新就业地社保 机构地址 |  | 新就业地社保 机构邮政编码 |  |  |
|  |  经办人（签章）： |  | 新就业地社保机构（章）： |  |
|  |  联系电话： |  |  年 月 日 |  |
|  | （本函一式两联，一联发给原参保地社保机构，一联留存） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 编号： |  |  |  |
| 基本养老保险关系转移接续信息表 |
|  账户类别：一般账户〔 〕 临时缴费账户〔 〕 |  |  |  |  | 单位：元、月 |  |
| 参保人员基本信息 |
| 个人 编号 |  | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 社会保障号码 |  | 户籍地地址 |  | 转出单位 名 称 |  |
| 参加工作时间 |  | 首次参保地实行个人缴费时间 |  | 本人首次缴费时间 |  | 本人建立个人账户时间 |  |
| 在本地缴费起始时间 |  | 在本地 缴费终止时间 |  | 在本地实际缴费月数 |  | 转移日期 |  |
| 养老保险基金转移信息 |
| 1998年1月1日前账户中个人缴费累计储存额 | 1998年1月1日至调转上年末个人账户累计储存额 | 调转当年记入个人账户本金金额 | 个人账户 基金转移额 | 统筹基金转移额 | 转移基金总额 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
| 历年缴费及个人账户记账信息 |
| 参保地区 | 年份 | 缴费起止时间 | 缴费月数 | 月缴费基数 | 缴费比例 | 当年记账 金 额 | 当年记账 利 息 | 至本年末账户累计储存额 | 备注 |
| 行政区 划代码 | 名称 | 单位 | 个人 | 小计 | #个人　　　缴费 | 小计 | #个人 缴费 | 小计 | #个人缴费 |
|  | #划入个人账户比例 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：栏目关系：6=4+5；4=1+2+3 |  |
| 说明： |
| 经办人(签章)： 联系电话： 原参保地社保机构(章): |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |
| (本表一式两联，一联发给对方社保机构，一联留存) |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 附件10 |  |  |
|  |  |  |
| 基本养老保险信息表附表 |
| 参保人员： |  |  |
| 年份 | 上年度在岗职工月平均工资 | 月缴费基数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 经办人(签章)： 联系电话： 原参保地社保机构(章): |
|  |  |  |
|  |  |  年 月 日 |

附件11

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 编号： | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 机关事业单位辞职辞退等人员基本养老保险关系转移申请表 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓  名 |  | 性 别 |  | 社会保障号码 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 原个人编号 |  | 户籍所在地 |  |
| 户籍所在地区名称 |  | 户籍所在地企业职工社保机构行政区划代码 |  |
| 户籍所在地企业职工社保机构开户全称 |  | 户籍所在地企业职工社保机构联系电话 |  |
| 户籍所在地企业职工社保机构开户银行 |  | 户籍所在地企业职工社保机构银行账号 |  |
| 户籍所在地企业职工社保机构地址 |  | 户籍所在地企业职工社保机构邮政编码 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|     参保单位（章）: | 　 | 　 |     经办人（签字）： |
|     联系电话： | 　 |     联系电话： |
| 年  月  日 |  | 　 | 年  月  日 |

附件12

机关事业单位基本养老保险参保人员

转移接续重复时段退款申报表

 单位名称（公章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码（社会保障号码） |  |
| **转移接续需清退的重复时段选择** |
| □重复缴费时段的转出地缴费部分 □重复缴费时段的转入地缴费部分 |
| 重复缴费时段 | 起始时间 | 终止时间 | 缴费月数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **接收退款的银行账户信息** |
| 开户行行号 |  | 户 名 |  |
| 开户银行名称 |  |
| 银 行 账 号 |  |
| 备 注 |  |
| **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。参保人员社会保障卡未注销的，重复缴费支付到参保人员社会保障卡，无需填写银行账号信息。** |
| 申请人签名： 单位经办人签章： 联系手机号： 填表日期： 年 月 日 |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表适用于参保人员转移接续基本养老保险关系时，因转入地与转出地社保经办机构同时存续基本养老保险关系或重复缴纳基本养老保险费，经参保人员确认需清退相应时段缴费并提供退款账号后，办理基本养老保险关系清理和个人账户储存额退还业务申报。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.姓名、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.重复缴费时段的转出地缴费部分/重复缴费时段的转入地缴费部分：参保人员确认需清退相应时段缴费，转出地缴费部分指原参保地社保机构转出的缴费信息；转入地缴费部分指当前参保地社保机构的缴费信息。

6.起始时间、终止时间、缴费月数：按重复缴费时段据实填报。

7.接收退款的银行账户信息：指参保人员领取重复缴费时段个人账户储存额的银行信息。姓名、户名和申请人签名必须一致。

附件13

机关事业单位养老保险参保人员养老金申领表

单位名称（公章）： 主管部门/退休审批单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 公民身份号码（社会保障号码） |  |
| 出生年月 | 年 月 | 参加工作时间 | 年 月 | 批准退休时间 |  年 月 |
| 退休类别 |  | 工作年限 |  年 | 不计算工龄的在校学习时间 |  年 |
| 用工形式 | □干部 □原固定工 □合同制工人 | 退休审批部门 |  |
| 改革时信息 | 享受待遇职务职级（岗位、等级） |  | 公务员领导职务 | □是□否 | 警衔/海关津贴 |  |
| 级别（薪级、岗位） |  | 档次 |  | 基本工资加发标识 |  |
| 股级干部标识 |  | 地区工资补贴 |  | 事业单位工资类型 |  |
| 职务升降后对应改革时级别（薪级、岗位） |  | 职务升降后对应改革时档次 |  |  |  |
| 退休时信息 | 享受待遇职务职级（岗位、等级） |  | 公务员领导职务 | □是□否 | 警衔/海关津贴 |  |
| 级别（薪级、岗位） |  | 档次 |  | 基本工资加发标识 |  |
| 股级干部标识 |  | 任职年限 | 年 | 事业单位工资类型 |  |
| 机关事业单位养老保险视同缴费年限信息 |
| 开始时间 | 结束时间 | 月数 | 工作单位及单位性质 | 用工形式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 改革前特殊工种工作年限信息 |
| 开始时间 | 结束时间 | 折算前后月数 | 工作单位及单位性质 | 工种类型 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 2014年10月以后职务（岗位、技术等级）升降信息 |
| 升降时间 | 变动前工资信息 | 变动后工资信息 |
| 职务职级（岗位、等级） | 级别（薪级、岗位）档次 | 职务职级（岗位、等级） | 级别（薪级、岗位）档次 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 退休人员联系信息 | 常住地址 |  省（市） 区（县） 街道（乡镇）  路 号 室 |
| 接收短信手机号码 |  |
| 职业年金领取方式 | □按月领取 □一次性购买商业养老保险产品(暂不可选) |
| 申请人承诺以上项目填写真实，未在其他地区领取机关事业单位养老保险、企业职工养老保险、城乡居民养老保险或其他险种养老待遇。如存在多发的基本养老金，申请人同意从领取账户中予以抵扣；领取账户不足抵扣多领待遇的，主动配合退回多领取的待遇。不退回多领待遇的，社保经办机构依法向法院申请强制执行；符合严重失信人员行为的，社保经办机构将申请人纳入失信人员名单管理，并实施联合惩戒。 |
| 本人签名： 单位经办人签章： 单位经办人手机号码：  填表日期： 年 月 日 |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表用于在参保单位达到法定退休年龄并符合机关事业单位基本养老保险养老金领取条件的参保人员填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.主管部门/退休审批单位：主管部门或按现行人事管理权限批准其退休的单位，如与退休所在单位一致的，退休所在单位在此项目盖章。

4.姓名、性别、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.参加工作时间：按现行人事管理权限审批的退休材料确定的首次参加工作时间填写。

6.批准退休时间：按现行人事管理权限审批的退休材料确定的退休时间填写。

7.退休类别：填写正常退休、退职、因病退休、特殊工种提前退休、满足工龄提前退休、政策性提前退休、其他原因提前退休等退休类别。

8.工作年限：按现行人事管理权限审批认定的工作时间填写。改革前从事国家确定的特殊工种的工作年限可折算工龄，工龄折算的办法按原国家劳动总局《关于贯彻执行〈国务院关于工人退休、退职的暂行办法〉的若干具体问题的处理意见》执行。改革后参保人从事特殊工种的工作年限在计发养老保险待遇时不再折算工龄。

9.不计算工龄的在校学习时间：是指在国家承认学历的全日制大专以上院校未计算为工龄的学习时间。在校学习的时间以国家规定的学制为依据，如短于国家学制规定，按实际学习年限计算；如长于国家学制规定，按国家规定学制计算。

10.用工形式：填写干部、原固定工、合同制工人。

11.退休审批部门：按现行人事管理权限批准其退休的单位或部门。

12.公务员是否领导职务：指2014年9月、退休时公务员享受工资待遇是否同级实职，填写“是”或“否”。

13.享受待遇职务职级（岗位、等级）、级别（薪级、岗位）、档次：填写2014年9月升降前、退休时享受工资待遇的职务职级（岗位、等级）、级别（薪级、岗位）、档次信息。存在职务升降人员需填写职务升降后对应改革时级别（薪级、岗位）、档次信息

14.退休时享受待遇职务职级（岗位、等级）的任职年限：参照2006年机关和事业单位工资制度相关文件及公务员职务与职级并行制度等关于任职年限规定填写。

15.股级干部标识：填写正股级、副股级、否。

16.警衔/海关津贴：指2014年9月、退休时警衔级别或海关津贴级别，无警衔或海关津贴级别的填“无”。

17.基本工资加发标识：分别填写基本工资标准提高10%的“中小学教师”、“护士”、“技工学校专职教师”、“体校教练员”；基本工资标准没有提高10%的，填“无”。

18.事业单位工资类型：执行野外地质勘探事业单位工资制度的填写“地勘”，执行测绘系统测绘队事业单位工资制度填写“测绘”，执行水上作业事业单位工资制度的填写“水上作业”，医疗机构填写“医疗”，教育机构填写“教育”，其他事业单位填写“普通”。

19.机关事业单位养老保险视同缴费年限信息：按国家和省有关规定核定。视同缴费年限有中断的应分段填写。工作单位及单位性质填写：某某单位（企业）。

20.改革前特殊工种工作年限信息：按国家和省有关规定核定。特殊工种年限有中断的应分段填写。折算前后月数左、右列分别填写折算前、后月数。工作单位及单位性质填写：某某单位（企业）。工种类型：填写井下工作、高温工作、摄氏零度以下低温场所工作、常年在海拔四千五百米以上高山高原地区流动工作、常年居住在四千五百米高山高原地区工作、其他有害身体健康工作等类型。

21.职务（岗位、技术等级）升降信息：填写改革后历次职务升降时，升降前后工资信息。

22.职业年金领取方式：勾选按月领取，一次性购买商业养老保险产品目前暂不可选。

23.常住地址、联系电话：指基本养老金申领人相对固定的长期居住地址，可与身份证登记住址不一致，联系电话相应填写。

附件14

机关事业单位基本养老保险参保人员

基本养老金计发表

 单位名称： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 公民身份号码（社会保障号码） |  |
| 基本信息 | 出生年月 |  | 参加工作时间 |  |
| 工作年限 |  | 批准退休时间 |  |
| 缴费信息 | 首次缴费时间 |  | 建立个人账户时间 |  | 实际缴费年限（月数） |  |
| 视同缴费年限（月数） |  | 累计缴费年限（月数） |  | 平均缴费指数 |  |
| 退休当月基本养老保险个人账户储存额 |  | 退休当月职业年金个人账户储存额 |  |
| 计发参数 | 基本养老金计发基数 |  | 个人账户计发月数 |  |
| 按新办法计算月基本养老金（元） |
| 月基本养老金小计（1）=（2）+（3）+（4） | 基础养老金（2） | 过渡性养老金（3） | 个人账户养老金（4） |
|  |  |  |  |
| 按月计发职业年金金额（5） | 新办法月养老待遇合计（6）=（1）+（5） | 按老办法计算月退休金（7） |
|  |  |  |
| 新办法高于老办法金额 |  | 发给比例 |  | 发给金额 |  |
| 其他项目 |  | 其他项目终止年月 |  | 实发月基本养老金合计 |  |
| 社保经办机构意见 |
| 计发月基本养老金（不含职业年金）为人民币 万 仟 佰 拾  元 角 分（小写¥ 元），从 年 月起执行。 社保经办机构（盖章） 年 月 日  |
|  如对本核定结果有异议，可以自知道或应当知道该具体行政行为之日起六十日内向社保经办机构申请复查或向同级人民政府行政复议办公室申请行政复议，或在六个月内依法向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。 |

本表一式三份，参保单位、参保人员和社保经办机构各存一份。参保单位应当将本核定结果告知参保人员。

附件15

机关事业单位工作人员退休“一件事”申请表

单位名称（公章）： 主管部门/退休审批单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 公民身份号码（社会保障号码） |  |
| 出生年月 |  年 月 | 参加工作时间 |  年 月 | 批准退休时间 |  年 月 |
| 前置业务 |
| 项目 | 变更内容 | 变更前 | 变更后 |
| 人员信息变更 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 人员缴费变更 | 起止时间 | 变更前月平均工资(元) | 变更后月平均工资(元) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 养老保险关系转移接续 | 原参保所在地区名称 |  | 原参保地社保机构行政区划代码 |  |
| 原参保地社保机构名称 |  | 原参保地社保机构联系电话 |  |
| 原参保险种类型 | □ 机关事业单位养老保险□ 企业职工养老保险 |
| 原参保地社保机构地址 |  | 原参保地社保机构邮政编码 |  |
| 转入的基本养老保险缴费年限与本地缴费年限存在重复时段的，确认需清退的重复缴费时段 | □ 重复缴费时段的转出地缴费部分□ 重复缴费时段的转入地缴费部分 |
| 重复缴费时段 | 起始时间 | 终止时间 | 缴费月数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 养老金申领 |
| 退休类别 |  | 工作年限 | 年 | 不计算工龄的在校学习时间 |  年 |
| 用工形式 | □干部 □原固定工 □合同制工人 | 退休审批部门 |  |
| 改革时信息 | 享受待遇职务职级（岗位、等级） |  | 公务员领导职务 | □是□否 | 警衔/海关津贴 |  |
| 级别（薪级、岗位） |  | 档次 |  | 基本工资加发标识 |  |
| 股级干部标识 |  | 地区工资补贴 |  | 事业单位工资类型 |  |
| 职务升降后对应改革时级别（薪级、岗位） |  | 职务升降后对应改革时档次 |  |  |  |
| 退休时信息 | 享受待遇职务职级（岗位、等级） |  | 公务员领导职务 | □是□否 | 警衔/海关津贴 |  |
| 级别（薪级、岗位） |  | 档次 |  | 基本工资加发标识 |  |
| 股级干部标识 |  | 任职年限 | 年 | 事业单位工资类型 |  |
| 机关事业单位养老保险视同缴费年限信息 |
| 开始时间 | 结束时间 | 月数 | 工作单位及单位性质 | 用工形式 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 改革前特殊工种工作年限信息 |
| 开始时间 | 结束时间 | 折算前后月数 | 工作单位及单位性质 | 工种类型 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 2014年10月以后职务（岗位、技术等级）升降信息 |
| 升降时间 | 变动前工资信息 | 变动后工资信息 |
| 职务职级（岗位、等级） | 级别（薪级、岗位）档次 | 职务职级（岗位、等级） | 级别（薪级、岗位）档次 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 退休人员联系信息 | 常住地址 |  省（市） 区（县） 街道（乡镇）  路 号 室 |
| 接收短信手机号码 |  |
| 职业年金领取方式 | □按月领取 □一次性购买商业养老保险产品(暂不可选) |
| 申请人承诺以上项目填写真实，未在其他地区领取机关事业单位养老保险、企业职工养老保险、城乡居民养老保险或其他险种养老待遇。如存在多发的基本养老金，申请人同意从领取账户中予以抵扣；领取账户不足抵扣多领待遇的，主动配合退回多领取的待遇。不退回多领待遇的，社保经办机构依法向法院申请强制执行；符合严重失信人员行为的，社保经办机构将申请人纳入失信人员名单管理，并实施联合惩戒。 |
| 本人签名： 单位经办人签章： 单位经办人手机号码：  填表日期： 年 月 日 |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表用于在参保单位达到法定退休年龄并符合机关事业单位养老金领取条件的参保人员填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.主管部门/退休审批单位：主管部门或按现行人事管理权限批准其退休的单位，如与退休所在单位一致的，退休所在单位在此项目盖章。

4.姓名、性别、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.参加工作时间：按现行人事管理权限审批的退休材料确定的首次参加工作时间填写。

6.批准退休时间：按现行人事管理权限审批的退休材料确定的退休时间填写。

7.变更项目、变更前内容、变更后内容：填写参保人员需变更的具体事项、变更前后信息。

8.人员缴费变更：填写需变更缴费时段起止时间，时间为6位数字，格式：YYYYMM-YYYYMM。

9.变更前月平均工资(元)、变更后月平均工资(元)：填写起止时段的缴费工资，按规定的缴费工资基数项目和标准申报。

10.退休类别：填写正常退休、退职、因病退休、特殊工种提前退休、满足工龄提前退休、政策性提前退休、其他原因提前退休等退休类别。

11.工作年限：按现行人事管理权限审批认定的工作时间填写。改革前从事国家确定的特殊工种的工作年限可折算工龄，工龄折算的办法按原国家劳动总局《关于贯彻执行〈国务院关于工人退休、退职的暂行办法〉的若干具体问题的处理意见》执行。改革后参保人从事特殊工种的工作年限在计发养老保险待遇时不再折算工龄。

12.不计算工龄的在校学习时间：是指在国家承认学历的全日制大专以上院校未计算为工龄的学习时间。在校学习的时间以国家规定的学制为依据，如短于国家学制规定，按实际学习年限计算；如长于国家学制规定，按国家规定学制计算。

13.用工形式：填写干部、原固定工、合同制工人。

14.退休审批部门：按现行人事管理权限批准其退休的单位或部门。

15.公务员是否领导职务：指2014年9月、退休时公务员享受工资待遇是否同级实职，填写“是”或“否”。

16.享受待遇职务职级（岗位、等级）、级别（薪级、岗位）、档次：填写2014年9月升降前、退休时享受工资待遇的职务职级（岗位、等级）、级别（薪级、岗位）、档次信息。存在职务升降人员需填写职务升降后对应改革时级别（薪级、岗位）、档次信息。

17.退休时享受待遇职务职级（岗位、等级）的任职年限：参照2006年机关和事业单位工资制度相关文件及公务员职务与职级并行制度等关于任职年限规定填写。

18.股级干部标识：填写正股级、副股级、否。

19.警衔/海关津贴：指2014年9月、退休时警衔级别或海关津贴级别，无警衔或海关津贴级别的填“无”。

20.基本工资加发标识：分别填写基本工资标准提高10%的“中小学教师”、“护士”、“技工学校专职教师”、“体校教练员”；基本工资标准没有提高10%的，填“无”。

21.事业单位工资类型：执行野外地质勘探事业单位工资制度的填写“地勘”，执行测绘系统测绘队事业单位工资制度填写“测绘”，执行水上作业事业单位工资制度的填写“水上作业”，医疗机构填写“医疗”，教育机构填写“教育”，其他事业单位填写“普通”。

22.机关事业单位养老保险视同缴费年限信息：按国家和省有关规定核定。视同缴费年限有中断的应分段填写。工作单位及单位性质填写：某某单位（企业）。

23.改革前特殊工种工作年限信息：按国家和省有关规定核定。特殊工种年限有中断的应分段填写。折算前后月数左、右列分别填写折算前、后月数。工作单位及单位性质填写：某某单位（企业）。工种类型：填写井下工作、高温工作、摄氏零度以下低温场所工作、常年在海拔四千五百米以上高山高原地区流动工作、常年居住在四千五百米高山高原地区工作、其他有害身体健康工作等类型。

24.职务（岗位、技术等级）升降信息：填写改革后历次职务升降时，升降前后工资信息。

25.职业年金领取方式：勾选按月领取，一次性购买商业养老保险产品目前暂不可选。

26.常住地址、联系电话：指基本养老金申领人相对固定的长期居住地址，可与身份证登记住址不一致，联系电话相应填写。

附件16

机关事业单位基本养老保险参保人员

个人账户一次性支付申报表

 单位名称（公章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码（社会保障号码 ） |  |
| 性 别 |  | 实际终止年月 |  年 月  |
| 人员类型 | □在职□退休 | 终止原因 | □参保人员死亡（一并申领职业年金个人账户余额）□丧失中华人民共和国国籍□达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费 |
| **领取人信息** |
| 领 取 人 姓 名 |  | 领 取 人证件号码 |  |
| 与参保人员关系 | □配偶□子女□父母□兄弟□姐妹□祖父母□外祖父母□儿媳□女婿□其他 | 联 系 电 话 |  |
| 与参保人员是否同户籍 |  | 领取人户籍地址 |  |
| 开户银行名称 |  | 户 名 |  |
| 银 行 账 号 |  |
| 备 注 |  |
| **1.以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。参保人社会保障卡未注销的，支付到参保人员社会保障卡，无需填写银行账号信息。2.参保人员死亡的，同步支付基本养老保险个账余额和职业年金个人账户余额。** |
| 领取人签名： 单位经办人签章： 经办人联系手机号码： 填表日期： 年 月 日 |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表适用于参保人员死亡、丧失中华人民共和国国籍、达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费等情形，办理有关待遇支付业务申报。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.姓名、性别、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.实际终止年月：丧失中华人民共和国国籍的，填写已获得外国国籍的时间；人员死亡的，填写死亡时间。

6.终止原因：按参保人员死亡、丧失中华人民共和国国籍、达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费等情况据实填报。

7.领取人：指实际领取参保人员一次性待遇的本人或继承人。

8.领取人信息：指领取参保人员养老保险一次性支付的领取人信息。当领取人不是参保人员本人时，应填写与参保人员关系。

附件17

广东省社会保险证明事项告知承诺书

（机关事业单位养老保险：死亡证明、与参保人员关系证明）

申请人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**申请人承诺**

本人为参保人员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（证件号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）的法定继承人或指定继承人（□配偶□子女□父母□兄弟□姐妹□祖父母□外祖父母□儿媳□女婿□其他），参保人员已于\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日死亡。本人在申请办理机关事业单位养老保险个人账户一次性支付事项时，按照政策规定需要提供死亡证明（政策文件：《人力资源社会保障部关于印发机关事业单位工作人员基本养老保险经办规程的通知》（人社部发〔2015〕32号）第四十一条第一项）。现本人**选择以告知承诺书代替提交证明材料。**

**本人知晓：**社保机构将综合运用数据比对、函调和稽查等方式，对承诺内容进行核查，**对虚假承诺的，依法终止事项办理。根据《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。符合严重失信人员行为的，纳入失信人员名单，按照有关规定实施联合惩戒。**

**本人同意：**授权社保经办机构从本人领取待遇的银行账户扣回因虚假承诺而多领取的社保待遇，并且在领取待遇的银行账户余额不足时，主动配合社保经办机构的追缴工作，及时退回多领取的社保待遇。

**本人承诺：**已认真阅读以上告知内容，对承诺内容以及不实承诺的责任已充分知晓，并在此向（ 办理机构名称 ）郑重承诺：（**请将以下文字重新抄写一遍：**本人填报的信息和承诺内容客观真实，愿意接受职能部门的核查，并承担不实承诺的相关法律责任。）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签名： 日期： 年 月 日

附件18

机关事业单位基本养老保险参保人员

个人账户一次性支付核定表

 单位名称: 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 人员类型 | □退休□在职 |
| 公民身份号码（社会保障号码） |  |
| 终止原因 |  | 终止时间 |  |
| **社保经办机构审核情况** |
|  经审核，同意支付（参保人员姓名）的个人账户累计储存额 万 仟 佰 拾 元 角 分（小写¥ 元）。 （公章） 年 月 日 |
|
|
|
|  如对本核定结果有异议，可以自知道或应当知道该具体行政行为之日起六十日内向社保经办机构申请复查或向同级人民政府行政复议办公室申请行政复议，或在六个月内依法向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。 |

 本表一式三份，参保单位、参保人员和社保经办机构各存一份。参保单位应当将本核定结果告知参保人员。

附件19

机关事业单位基本养老金停续发申报表

单位名称（公章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 社会保障号码 | 业务类型 | 停发/续发原因 | 停发/续发时间 | 备注 |
| 停发 | 续发 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  单位经办人签章: 联系手机号码： 年 月 日 |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表适用于参保单位到社保经办机构办理退休人员待遇停发、续发业务时填写使用。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.姓名：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.证件类型：填写居民身份证、港澳台来往内地通行证、护照。

6.社会保障号码：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致，有英文字符的，用大写。

7.停续发类型：根据办理业务类型在对应栏目内打勾“√”。

8.停发/续发原因：根据实际原因填写，如：死亡、被宣告死亡、被宣告失踪、被刑事处罚、被宣告死亡重现、被宣告失踪后重现等。

9.停发/续发时间：填写退休人员领取养老金条件变更的年月，如死亡年月、被宣告死亡年月、被宣告失踪年月、被刑事处罚年月、被宣告死亡重现年月、被宣告失踪后重现年月等，6位数字，格式：YYYYMM。

10.备注：需要说明的其他情况。

附件20

机关事业单位养老保险待遇发放至单位委托书

委托人姓名: 证件号码：

被委托单位名称：

委托原因及事项：

委托人因在国外定居，暂没有中国社会保障卡或国内银行账号且短期内不能回国补办，向社保经办机构申请将委托人机关事业单位养老保险待遇发放至被委托单位的银行账户，即视同社保经办机构已发放到位。委托人愿意承担因此造成的不利后果，并主动配合职能部门的核查，对多领取的待遇按社保经办机构要求退回。

被委托单位同意委托人（姓名： 证件号码： ）向社保经办机构申请将机关事业单位养老保险待遇发放到被委托单位在社保经办机构登记的银行账户，登记的单位银行账户发生变更的，发放到变更后的单位银行账户。被委托单位承诺及时将委托人的养老保险待遇发放给其本人，不贪污、截留、挪用委托人的养老保险待遇，主动配合职能部门的核查，并授权社保经办机构从单位银行账户扣回委托人多领取的待遇。

被委托单位银行账户信息如下：

户 名：

开户行：

账 号：

被委托单位（公章）： 委托人(签字)：

联系手机号码： 联系手机号码：

年 月 日 年 月 日

附件21

|  |
| --- |
| 机关事业单位基本养老金资格认证申报表 |
| 单位名称（公章）： | 社会保险登记编号： |
| 序号 | 个人编号 | 公民身份号码（社会保障号码） | 姓名 | 应认证时间 | 资格认证状态 | 不通过认证原因 | 死亡、失踪、被留置、被判刑、其他等不符合领取待遇时间(YYYYMM格式) | 核实方式 | 核实时间（YYYYMMDD格式） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位申报意见：已逐一核实退休人基本养老金领取资格情况，领取资格信息填报客观真实、完整有效，不存在瞒报、漏报情形。若填报内容与实际情况不符，愿承担相关责任，导致多发基本养老金的，将负责追回多发的基本养老金。 单位经办人签章： 单位负责人签章：  联系手机号码： 年 月 日 |
| 广东省社会保险基金管理局制 |  |

填写说明

1.本表是退休人员管理单位核实本单位退休人员领取基本养老金资格时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.个人编号：指在社保经办机构办理养老保险登记时所记录的编号。

5.姓名、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

6.应认证时间：指退休人员应该办理机关事业单位基本养老金领取资格认证时间，格式为6位阿拉伯数字（YYYYMM）。

7.资格认证状态：按选项录入，不允许为空。选项包括“通过，不通过”。选择“通过”时，不允许填写“不通过认证原因”和“死亡、失踪、被留置、被判刑、其他等不符合领取待遇时间”栏；选择“不通过”时，“不通过认证原因”和“死亡、失踪、被留置、被判刑、其他等不符合领取待遇时间”栏不允许为空。

8.不通过原因：按选项录入。选项包括“死亡、失踪、被留置、被判刑、其他”。

9.死亡、失踪、被留置、被判刑、其他等不符合领取待遇时间：填写该人员最后一次领取待遇时间，格式为6位阿拉伯数字（YYYYMM），如退休人员2019年1月死亡（失踪、被留置或判刑），则该栏填写为201901。

10.核实方式：“资格认证状态”栏选择通过时不允许为空，按选项填写。选项包括“与本人或其亲属通过电话、视频方式核实”、“本人到现场核实”、“其他”。“资格认证状态”选择“通过”且“核实方式”选择“其他”的，必须提供核实退休人员领取养老金资格情况的纸质佐证材料。

11.核实时间：“资格认证状态”栏选择通过时不允许为空，填写最近一次与退休人员联系或核实的时间，格式为8位阿拉伯数字（YYYYMMDD）。

12.备注: 需要说明的其他情况。

附件22

不予受理告知书

编号：

 ：

 你（单位）于 年 月 日向我局（中心）申办 业务。经审查，你的申请事项因下列原因：

一、 ；

二、 。

 不符合受理条件，根据《×××》第×条规定，我局（中心）决定不予受理。

如不服上述决定，可自收到本告知书之日起60日内向同级人民政府行政复议办公室申请行政复议，或在6个月内向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。

 （业务专用章）

年 月 日

送 达 回 执

|  |  |
| --- | --- |
| **受送达人** |  |
| **送 达 内 容** | **不予受理告知书（编号： ）** |
| **送 达 人** |  年 月 日 |
| **签 收 人** |  年 月 日 |
| **备 注** |  |

附件23

补充（补正）材料告知书

编号：

 ：

你（单位）于 年 月 日向我局（中心）申办 业务（业务受理编号： ）。经审查，需要补充以下材料：

 一、 ；

 二、 ；

 三、 。

请自收到本告知书之日起7日内向我局（中心）补送上述材料，连同本告知书送我局（中心）。无正当理由逾期未补正的，视为撤回申请。

 （业务专用章）

年 月 日

送 达 回 执

|  |  |
| --- | --- |
| **受送达人** |  |
| **送 达 内 容** | **补充（补正）材料告知书（编号： ）** |
| **送 达 人** |  年 月 日 |
| **签 收 人** |  年 月 日 |
| **备 注** |  |

附件24

编号：

告知函

 ：

兹有参保人员 （公民身份号码： ）向我单位申领（□企业职工基本养老保险□机关事业单位基本养老保险□城乡居民基本养老保险□工伤保险）待遇。经核，其待遇始发时间为 年 月。经比对（□部级平台□省大集中系统）的数据，参保人员在 省 市 县（市、区）存在（□企业职工基本养老保险□机关事业单位基本养老保险□城乡居民基本养老保险□工伤保险□失业保险）的待遇记录。

特此函告。

 （业务专用章）

 年 月 日

回 执

 ：

《告知函》（编号： ）收悉。目前正按有关规定作相关处理。

 （业务专用章）

 年 月 日