

# 广东省人力资源和社会保障厅文件

粤人社规〔2023〕8号

## 关于印发《广东省人力资源和社会保障厅企业职工基本养老保险病残津贴的经办规程》的通知

各地级以上市人力资源和社会保障局，省社会保险基金管理局：

现将《广东省人力资源和社会保障厅企业职工基本养老保险病残津贴的经办规程》印发给你们，请按照执行。执行中遇到的问题，请及时向省社会保险基金管理局反映。

广东省人力资源和社会保障厅  
2023年4月23日

# 广东省人力资源和社会保障厅企业职工 基本养老保险病残津贴的经办规程

## 第一章 总 则

**第一条** 为贯彻落实《中华人民共和国社会保险法》和《广东省人力资源和社会保障厅、广东省财政厅关于试行企业职工基本养老保险病残津贴有关问题的通知》（粤人社规〔2022〕31号，以下简称《通知》）要求，规范病残津贴申领程序和经办管理，制定本规程。

**第二条** 参加广东省企业职工基本养老保险，符合《通知》第一条规定的人员，适用本规程。

## 第二章 病残津贴申领程序

**第三条** 参保人员符合申领病残津贴条件的，由本人或代理人向最后参保地社会保险经办机构提交资料申领。申领时需如实填报《企业职工基本养老保险待遇申报表》（附件1）。社会保险经办机构核查参保人员或代理人提供的以下资料：

（一）参保人员社会保障卡。参保人员未提供社会保障卡的，需核查其他有效身份证件和本人在指定银行开设的个人结算账户存折账号页或借记卡。

（二）历史信息审核申报材料（实际缴费年限不满15年、具有视同缴费年限且未核定历史信息的需提供此项材料）。

(三) 委托代理人办理的, 须核查代理人的有效身份证件以及《个人委托书》(附件2)。

对曾以中国公民身份参保、现无社会保障卡或身份证的离境定居人员, 告知参保人员凭申领病残津贴的有效证件办理信息变更(变更为有效证件记载的姓名、号码)后再申领病残津贴。

社会保险经办机构应通过数据共享等方式获取参保人员按规定鉴定为完全丧失劳动能力的鉴定结果。对未进行劳动能力鉴定的参保人员, 社会保险经办机构应一次性告知其按规定进行鉴定。

**第四条** 社会保险经办机构应当场对申报资料进行审核, 对符合受理条件的, 应出具《受理回执》; 对资料不全的, 应一次性告知需要补充和更正的资料, 出具《补充材料告知书》(附件3); 对不符合受理条件的, 应出具《不予受理告知书》(附件4)。

**第五条** 社会保险经办机构应在受理后10个工作日内完成病残津贴待遇核定。对不符合领取病残津贴条件的, 出具及送达《办理结果告知书》(附件5); 对符合领取病残津贴条件的, 出具病残津贴待遇核定结论《企业职工基本养老保险病残津贴核定表》(附件6), 同时告知其达到法定退休年龄时应申领基本养老金的个人权益, 依法送达参保人员, 并从受理次月起按月发放病残津贴, 及时记录待遇支付信息。

### **第三章 病残津贴经办管理**

**第六条** 病残津贴待遇领取地社会保险经办机构按照企业职

工基本养老金领取资格认证办法进行病残津贴领取资格认证。社会保险经办机构在核发待遇时，应主动告知领取病残津贴人员应参加资格认证，并采取灵活多样的认证方式，包括个人现场认证、经办机构（含受委托社会机构）协作认证、纸质邮寄认证、互联网及手机APP认证、上门认证、数据比对等认证业务办理方式。

**第七条** 领取病残津贴人员因死亡、下落不明超过6个月、涉嫌犯罪被羁押、被判刑收监执行、恢复劳动能力继续就业或其他原因需停发病残津贴的，参保人员或参保人员亲属应如实填报《停发企业职工基本养老保险病残津贴申请书》（附件7），及时向社会保险经办机构申报，其中参保人员亲属申报停发待遇的，需同时书面承诺与参保人员关系。社会保险经办机构收到申请后核查办理待遇停发手续，对于多领取的待遇按规定予以追回。

社会保险经办机构应充分利用数据资源，通过数据比对的方式，每月查验待遇领取人员死亡、服刑、重复领取待遇等情况。对出现上述情况的人员核实相关情况，核实情况后对确认丧失领取病残津贴资格的人员要立即办理暂停发放手续，并书面告知参保人员或参保人员亲属。对办理了病残津贴暂停发放手续的人员，若3个月内无人提出异议，办理待遇停发手续。若有异议，经核实查验信息有误的，按本规程第八条最后一款办理。

**第八条** 因下落不明超过6个月、涉嫌犯罪被羁押、被判刑收监执行、恢复劳动能力继续就业或其他原因停发病残津贴的人员，停发情形消除后申请续发病残津贴的，参保人员或代理人如实填报《续发企业职工基本养老保险病残津贴申请书》（附件8）。

社会保险经办机构核查参保人员或代理人提供的以下资料：

（一）参保人员有效身份证件。

（二）法院判决、裁定等文书（涉及失踪重现、刑满释放、被判刑后予以监外执行（假释）等情形的需提供此项材料。参保人员或代理人确实无法提供的，由社会保险经办机构核查。）

对恢复劳动能力后再次鉴定为完全丧失劳动能力申请续发病残津贴的，社会保险经办机构应通过数据共享等方式获取参保人员按规定再次鉴定为完全丧失劳动能力的鉴定结果。对未再次进行劳动能力鉴定的参保人员，社会保险经办机构应一次性告知其按规定进行再次鉴定。

对重复领取失业保险金及病残津贴情形消失时申请续发病残津贴的，若失业保险金与病残津贴的领取地不为同一地，病残津贴待遇领取地社会保险经办机构应发出《失业保险金领取情况协查函》（附件9），核实确认相关情况后再办理待遇续发。

社会保险经办机构对符合续发条件的，出具《受理回执》，应在受理后10个工作日内完成病残津贴续发并从完成审核的次月起发放病残津贴，及时记录待遇支付信息。社会保险经办机构续发参保人员病残津贴时发现多发待遇的应及时追回。

社会保险经办机构经查实出现错误停发病残津贴情形的，可凭查实资料主动办理病残津贴续发业务，并于查实后一个月内按规定补发相应病残津贴。

**第九条** 病残津贴标准根据领取地城镇居民最低生活保障标准变化而调整，调整时间晚于城镇居民最低生活保障标准执行时

间的，社会保险经办机构应予以补发待遇差额。

**第十条** 领取病残津贴参保人员死亡的，遗属应及时向待遇领取地社会保险经办机构办理停发病残津贴手续，并如实填报《企业职工基本养老保险待遇申报表》（附件1），申领丧葬补助金和抚恤金。申领程序参照已领取基本养老金人员死亡待遇的有关规定办理。因遗属延误申报等原因造成多发待遇的，社会保险经办机构应及时追回多发的待遇。

**第十一条** 领取病残津贴的参保人员达到法定退休年龄时，社会保险经办机构应主动书面告知参保人员按规定申领基本养老金，并按照基本养老金核发有关规定进行处理。病残津贴待遇从其达到法定退休年龄的次月起停止发放。

**第十二条** 重复领取病残津贴的，保留最后参保地的病残津贴待遇；领取病残津贴同时领取基本养老金或工伤保险伤残津贴的，保留符合政策规定领取的基本养老金或工伤保险伤残津贴；领取病残津贴同时领取失业保险金的，暂停发放病残津贴，由领取人选择退回失业保险金或基本养老保险病残津贴。社会保险经办机构对多领取的病残津贴按规定予以追回，若参保人员继续领取企业职工基本养老保险待遇的，社会保险经办机构也可从其继续领取的企业职工基本养老保险待遇中抵扣。

**第十三条** 各级社会保险经办机构应加强日常的病残津贴发放工作，每年通过数据比对、抽查档案等方式对领取病残津贴资格情况进行稽核，切实维护基金安全和参保人员的合法权益。病残津贴的待遇发放、网上政务服务、基金财务、统计分析、稽核

内控、档案管理等工作参照企业职工基本养老保险的有关规定执行。

#### 第四章 附 则

**第十四条** 本规程由广东省社会保险基金管理局负责解释。

**第十五条** 本规程自 2023 年 5 月 1 日起施行,有效期为 3 年,今后国家和省有关规定与本规程规定不一致的,按照国家和省的有关规定执行。

- 附件:
- 1.企业职工基本养老保险待遇申报表
  - 2.个人委托书
  - 3.补充材料告知书
  - 4.不予受理告知书
  - 5.办理结果告知书
  - 6.企业职工基本养老保险病残津贴核定表
  - 7.停发企业职工基本养老保险病残津贴申请书
  - 8.续发企业职工基本养老保险病残津贴申请书
  - 9.失业保险金领取情况协查函

# 附件 1

## 企业职工基本养老保险待遇申报表

单位名称:

单位代码:

申报待遇类别:

- 1. 正常退休
- 2. 提前退休: ( 特殊工种提前退休、 因病非因工致残提前退休、 政策性提前退休)
- 3. 一次性养老保险待遇
- 4. 死亡待遇: ( 离退休死亡<有供养直系亲属>、 离退休死亡<无供养直系亲属>、 因病、非因工在职死亡、 按月领取病残津贴人员死亡)
- 5. 退个人账户储存额 ( 在达到领取基本养老金条件前丧失中华人民共和国国籍、 外籍人士退保、 退出现役并采取退休供养方式安置的军人退保、 在工伤保险基金按月领取伤残津贴、 已在其他保障渠道领取养老待遇、 参保人已死亡,且遗属已在其他保障渠道领取死亡待遇; 其他原因退保)
- 6. 病残津贴

姓名	公民身份号码 (社会保障号码)											
出生年月	年	月	性别	电子邮箱								
移动电话	固定电话		邮政编码									
户籍地	省	市	县(区)	联系地址								
开户银行	开户名		银行账号									
联系亲属 资料	姓名	公民身份号码		与本人关系								
	联系电话	联系地址		邮政编码								
重要事项 声明	<p>申领基本养老金或病残津贴的人员,须确认并勾选以下事项(其中申领基本养老金人员须勾选以下所有事项;申领病残津贴人员须确认并勾选第 1、第 2 和第 3 项事项,第 1、第 3 和第 4 条有两至三个选项,请勾选其中一项):</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 本人未在其他养老保险统筹区参保缴费。  <input type="checkbox"/> 本人曾在其他养老保险统筹区参保缴费,现已按国家和省有关规定办理了关系转移手续。</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 本人未在其他地区领取企业职工养老保险待遇,未在机关养老保险、居民养老保险或等其他险种领取待遇。</p> <p>3、<input type="checkbox"/> 本人从未涉及刑事责任。  <input type="checkbox"/> 本人涉及刑事责任,现已符合申报待遇资格,并按要求提供了法院判决书、刑满释放证明等材料。</p> <p>4、<input type="checkbox"/> 本人为有单位管理的人员,本人同意由现参保单位(或退管部门)代为办理基本养老保险待遇业务。  <input type="checkbox"/> 本人为有单位管理的人员,本人自行办理基本养老保险待遇业务。  <input type="checkbox"/> 本人为社会申办退休人员。</p> <p>申领一次性养老保险待遇的人员,须确认并勾选以下事项(第 1 条有两个选项,请二选一):</p> <p>1、<input type="checkbox"/> 本人未在其他养老保险统筹区参保缴费。  <input type="checkbox"/> 本人曾在其他养老保险统筹区参保缴费,现已按国家和省有关规定办理了关系转移手续。</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 本人未在其他地区领取企业职工养老保险待遇。</p> <p>申领基本养老保险死亡待遇的遗属,须确认并勾选以下事项:</p> <input type="checkbox"/> 本人未在其他地区领取企业职工养老保险待遇,未在其他险种领取死亡待遇。											
	申请人意见	本人确认上述申报信息无误,并知悉如提供虚假情况及资料,需承担相关法律责任。		单位 呈报 意见	(个人申报的,本栏无需盖章。)				主管 部门 审查 意见	(个人申报的,本栏无需盖章。)		
	签名:	年	月		日	年	月	日		年	月	日

## 附件 2

### 个人委托书

\_\_\_\_\_ 社会保险基金管理局（中心）：

兹委托\_\_\_\_\_（公民身份号码\_\_\_\_\_）作为我的合法代理人，前往你局（中心）办理\_\_\_\_\_业务。对被委托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办理完毕。

委托人签名：

公民身份号码：

联系电话：

被委托人签名：

联系电话：

委托日期：

（如无法下载打印填写，可手写）

附件 3

### 补充材料告知书

编号：

\_\_\_\_\_：

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

- 一、 \_\_\_\_\_ ；
- 二、 \_\_\_\_\_ ；
- 三、 \_\_\_\_\_ 。

请你补充材料后再向我局（中心）申办有关业务。

若我局（中心）在出具本《补充材料告知书》前已受理你有关业务申请，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）。逾期未补材的，我局（中心）将根据已申报材料作出核定。

（业务专用章）

年 月 日

### 送达回执

受送达人	
送达内容	补充材料告知书（编号： ）
送达人	年 月 日
签收人	年 月 日
备注	

附件 4

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 日内向行政复议机关申请行政复议，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 5

### 办理结果告知书

编号:

\_\_\_\_\_:

你（单位）于 年 月 日向我局（中心）申办 业务  
（受理编号: ）。经审核，你的申请事项不符合办理  
条件，理由如下:

- 一、 ;
- 二、 。

如不服上述决定，可自收到本告知书之日起 60 日内向行政复议  
机关申请行政复议，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	办理结果告知书（编号: ）
送达人	年 月 日
签收人	年 月 日
备注	

## 附件 6

### 企业职工基本养老保险病残津贴核定表

流水号：

打印时间：

单位代码		单位名称			
姓名		社会保障号		个人电脑号	
性别		出生年月			
参加工作时间		累计缴费年限 (月)		申请病残津贴 时间	
病残 津贴 核定 结果	<p>一、根据国家和省有关规定，符合领取病残津贴条件，病残津贴核定如下： 病残津贴=所在地级以上市城镇居民最低生活保障标准      元×105%=      元。</p> <p>二、核定病残津贴[      ]元，首次领取病残津贴时间自[      年      月]开始。</p> <p>对上述核定结果有异议的，请在收到本核定表之日起 60 日内向行政复议机关申请行政复议，或自收到本核定表之日起六个月内向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。</p> <p style="text-align: right;">广东省社会保险基金管理局 年      月      日</p>				
备注	<p>1.1. 领取病残津贴的参保人员每年应当按规定办理领取病残津贴资格认证（全年均可办理），认证周期最长不超过 12 个月，逾期不按时认证的，将从上次认证之月的第 13 个月起停发病残津贴。新增领取病残津贴的参保人员从待遇领取首月起计算认证周期。具体认证办法请按照社会保险经办机构每年认证通知执行。</p> <p>2. 领取病残津贴的参保人员在达到法定退休年龄时，应按规定办理申领基本养老金手续，从领取基本养老金之月起停止领取病残津贴。按照国家和我省有关规定，因病或非因工致残完全丧失劳动能力的参保人员，男年满 50 周岁，女年满 45 周岁，累计缴费年限满 15 年的，可申领基本养老金。</p> <p>3. 领取病残津贴的参保人员不得在不同地区同时享受病残津贴，也不得同时享受基本养老金、失业保险金或工伤保险伤残津贴。</p> <p>4. 参保人员在领取病残津贴期间不缴纳企业职工基本养老保险费，以后恢复劳动能力继续就业的，应按规定继续参保缴费，从重新缴费之月起停止领取病残津贴。</p>				

#### 待遇变动

变动月份	所在地级以上市城镇居民 最低生活保障标准	病残津贴待遇标准

附件 7

**停发企业职工基本养老保险病残津贴申请书**

参保人员 \_\_\_\_\_ (公民身份号码/社会保障号码: \_\_\_\_\_), 因第\_\_项原因(1.死亡; 2.下落不明超过6个月; 3.判刑; 4.涉嫌犯罪被通缉或在押未定罪期间; 5.恢复劳动能力后继续参加基本养老保险并按规定缴费; 6. \_\_\_\_\_), 需停发放病残津贴。现申请停发该人员病残津贴。

参保人员或参保人员亲属(签名):

亲属与参保人员关系:

年 月 日

## 附件 8

### 续发企业职工基本养老保险病残津贴申请书

本人 \_\_\_\_\_ (公民身份号码/社会保障号码: \_\_\_\_\_), 因第\_\_项原因(1.未能按规定办理资格认证; 2.下落不明超过6个月; 3.判刑; 4.涉嫌犯罪被通缉或在押未定罪期间; 5.恢复劳动能力后继续参加基本养老保险并按规定缴费; 6.领取病残津贴同时领取失业保险金; 7. \_\_\_\_\_) 而被停发病残津贴。现本人已符合按月领取病残津贴条件, 请予以恢复发放病残津贴。

申请人(代理人)签名:

年 月 日

备注: 由于第(2)、(3)、(4)项原因停发病残津贴的, 申请续发时需  
提供判决书、刑满释放证明书等法律文书。由于第(5)项原因停发病残津  
贴的, 申请续发时需提供劳动能力鉴定材料。

附件 9

**失业保险金领取情况协查函**

\_\_\_\_\_ 社保局（中心）：

参保人员 \_\_\_\_\_（公民身份号码/社会保障号码：\_\_\_\_\_）在你局（中心）领取失业保险金期间同时在我局（中心）按月领取企业职工基本养老保险病残津贴，我局（中心）已于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月起暂停发放该员病残津贴待遇。现该员申请恢复病残津贴待遇发放，请你局（中心）协助查实该参保人员在你地领取失业保险金的有关情况，并于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日前将填写好的回执盖章反馈给我局（中心）。

（公章）

年 月 日

联系人：

联系电话：

**失业保险金领取情况协查回执**

姓名：\_\_\_\_\_；公民身份号码：\_\_\_\_\_

待遇领取社保经办机构名称：\_\_\_\_\_

目前是否正在领取失业保险金：是 ； 否

失业保险金领取起始年月：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月；结束年月：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

联系人：

联系电话：

社保经办机构（盖章）：

年 月 日

公开方式：主动公开