广东省人力资源和社会保障厅

关于做好企业职工基本养老保险病残津贴

经办工作的通知

各地级以上市人力资源和社会保障局：

为贯彻落实《企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法》(人社部发〔2024〕72号)和《关于做好企业职工基本养老保险病残津贴经办工作的通知》（人社厅函〔2024〕177号）相关要求，做好病残津贴经办工作，切实保障因病或非因工致残完全丧失劳动能力的企业职工基本养老保险参保人员合法权益，我们起草了贯彻意见，请认真抓好落实。

1. 病残津贴申领

**（一）申领条件。**企业职工基本养老保险参保人员申请领取病残津贴，应符合以下条件:1.未达到法定退休年龄;2.因病或非因工致残，经最后参保地或待遇领取地地级(设区市)以上劳动能力鉴定机构按国家规定和程序鉴定为完全丧失劳动能力且鉴定结论在一年有效期内的。

**（二）申请渠道。**参保人员完全丧失劳动能力后，可由本人或委托他人，通过线上或线下渠道，向待遇领取地县级以上人力资源社会保障行政部门提出病残津贴申请。

**（三）申请材料。**参保人员申领病残津贴时，应提供以下证件和材料：

1. 《企业职工基本养老保险病残津贴申报表》。
2. 参保人员有效身份证件。
3. 居民户口簿。
4. 待遇领取地或最后参保地地级市以上劳动能力鉴定机构作出的完全丧失劳动能力鉴定结论。
5. 参保人本人已激活银行账户功能的社会保障卡。

待遇领取地县级以上人力资源社会保障行政部门收到参保人提交的申请材料后，应当场在省集中式系统中办理病残津贴申请登记业务，准确记录参保人提交申请的时间。

**（四）最低缴费年限确定。**参保人申请病残津贴时，最低缴费年限以其符合条件的申请时点对应的最低缴费年限确定。多次申请病残津贴的，以最后一次符合条件的申请时点确定最低缴费年限。

1. 待遇领取地确定

**（一）待遇领取地的判断。**申请受理地根据参保人的参保缴费信息、户籍信息等情况，按以下规则确定待遇领取地：省际待遇领取地的确定参照《国务院办公厅关于转发人力资源社会保障部财政部城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法的通知》（国办发〔2009〕66号）相关规定执行。省内待遇领取地的确定参照《广东省人民政府办公厅印发〈广东省基本养老保险关系省内转移接续暂行办法〉的通知》（粤府办〔2008〕76号）相关规定执行。领取病残津贴人员恢复缴费后再次申领病残津贴或申领基本养老金的，应按规定重新确定待遇领取地。

**（二）养老保险关系归集。**待遇领取地确定后，待遇领取地社保经办机构负责将参保人在各地的基本养老保险关系归集至待遇领取地。对于参保人存在未归集的外省企业职工养老保险缴费或者其他制度养老保险缴费的，社保经办机构应指引其按规定办理转移接续手续。其中，参保人在其他省份的企业职工养老保险实际缴费情况（包括在各地的缴费开始年月、缴费终止年月及实际缴费月数）可通过全国社会保险关系转移系统的“参保信息查询—企业职工养老历史缴费查询”功能进行查询。存在重复缴费需清退的，社保经办机构应要求参保人办理相关业务并提供相应材料。

**（三）历史信息审核。**参保人缴费归集后，待遇领取地社保经办机构应根据参保人提交的人事档案等材料审核参保人各项历史信息，并将档案出生年月、申请待遇时岗位信息、视同缴费年限等信息审核结果告知申请人。申请人对历史信息审核结果有异议的，按照各地原争议处理机制进行处理。

**（四）特殊情形处理。**各地市可结合“高效办成一件事”、政务服务“打包办”、“一次办”等工作要求，优化病残津贴申领及关联业务的办理流程，整合申请材料，提升办事效率。在重复缴费处理、视同缴费年限认定等业务办结后，社保经办机构发现参保人待遇领取地不在申请地的，应指引参保人向待遇领取地申领病残津贴，重新归集养老保险关系。

1. 领取资格审核

**（一）资格审核。**待遇领取地地级以上市人力资源社会保障行政部门负责对参保人的病残津贴领取资格进行初审，具体分工和流程可由各市结合本地实际自行制定，省级人力资源社会保障行政部门负责对病残津贴领取资格进行审核确定。

初审部门应通过数据共享、发函核查等方式核实参保人劳动能力鉴定结论的效力，并认定参保人出生年月、累计缴费年限（含视同缴费年限）、申请时点、病残津贴的起领时点和定期待遇的终止时点等信息。初审部门应在受理后10个工作日内作出初审意见，将初审通过或者不通过的理由在省集中式系统的意见栏中列明，并将相关材料提交给审核部门，审核部门在收到初审意见后10个工作日内作出审核决定。初审、复审中如涉及发函核实劳动能力鉴定结论、处理前置业务、公示及公示期投诉举报核实等情形，所需时间不计入工作时限。

**（二）公示程序。**省级人力资源社会保障行政部门审核通过后，应将相关信息发布在省人力资源社会保障厅网站进行公示，同时转地级以上市人力资源社会保障行政部门在参保人本人工作或者生活场所进行公示，公示时间均不少于5个工作日。其中，申请人为职工身份的，需在本人工作场所进行公示；申请人为灵活就业人员的，需经本人居住地街道、社区或村居委进行公示（样本见附件）。公示材料应存档备查。

**（三）出具正式审核决定。**公示期满且未发生投诉举报的，由省级人力资源社会保障行政部门作出正式审核决定并提供给待遇领取地社保经办机构。正式审核决定应包括参保人出生年月、认定的累计缴费年限（含视同缴费年限）、申请时点、病残津贴起领时点、定期待遇终止时点等信息。正式审核不通过的，由待遇领取地人力资源社会保障行政部门向参保人反馈办理结果。

公示期间发生投诉举报的，应由负责初审的地级以上市人力资源社会保障行政部门在收到投诉举报后10个工作日内核实相关情况，根据核实情况对初审意见进行调整，并将相关材料（包括是否更改初审意见及理由等）送省级人力资源社会保障行政部门。

**（四）领取月数核定。**累计缴费年限不足领取基本养老金最低缴费年限的参保人，病残津贴领取月数按以下规则确定：累计缴费年限不满5年的，病残津贴领取月数为12个月；累计缴费年限在5年以上（含5年），每多缴费1年（不满1年按1年计算），领取月数增加3个月。领取病残津贴人员恢复缴纳职工基本养老保险费后再次申领病残津贴时，累计缴费年限仍不满最低缴费年限的，按照累计缴费年限重新计算领取月数，已经领取病残津贴的月数相应扣减。

1. 待遇核定和发放

**（一）待遇核定和发放。**待遇领取地社保经办机构根据省级人力资源社会保障行政部门作出的正式审核决定，在收到审核决定的10个工作日内对审核通过的参保人核定病残津贴待遇。完成核定后，从参保人申请次月起将病残津贴发放至参保人本人的社会保障卡银行账户。其中，按照退休人员基本养老金计发办法领取病残津贴的人员，其个人账户存储额按规定按月进行扣减。

**（二）待遇调整。**待遇领取地社保经办机构每年按照《暂行办法》第三条、第四条、第五条的规定为领取病残津贴的人员调整待遇，调整范围为上年12月31日前已按规定办理病残津贴申领手续并按月领取病残津贴的人员。调整所需资金，参照调整基本养老金的规定，分别从统筹基金和个人账户余额中列支。

**（三）待遇重核。**参保人申请病残津贴时，累计缴费年限已达到领取基本养老金最低缴费年限且距离法定退休年龄5年以上的，在领取病残津贴直至距离法定退休年龄5年的当月，由待遇领取地社保经办机构根据退休人员基本养老金计发办法对病残津贴进行重核，并告知参保人，自次月起按重核后的标准发放。此项重核无需参保人申请，由社保经办机构在每月底前对当月符合条件的参保人进行重核，重核时不再审核参保人是否满足最低缴费年限。

**（四）资格认证。**病残津贴待遇领取地社保经办机构参照基本养老金领取资格认证方式定期进行病残津贴领取资格认证。

**（五）待遇停发。**领取病残津贴人员发生以下情形的，应从次月起停发病残津贴：达到法定退休年龄；继续缴纳企业职工基本养老保险费；告知应复查鉴定的60日内未按规定参加复查鉴定或复查鉴定结论为未完全丧失劳动能力；死亡；未按规定通过病残津贴资格认证。

1. 待遇衔接

**（一）遗属待遇。**参保人在领取病残津贴期间死亡的，其遗属待遇按在职死亡人员标准执行，遗属待遇领取地为病残津贴待遇领取地。

**（二）在职转退休待遇。**参保人在领取病残津贴期间符合领取基本养老金条件且申请弹性提前退休的，按有关规定和程序向病残津贴待遇领取地社保经办机构提出申请。待遇领取地社保经办机构应自发放基本养老金当月起停发病残津贴。参保人在领取病残津贴期间符合领取基本养老金条件但未申请弹性提前退休的，病残津贴待遇领取地经办机构应在参保人达到法定退休年龄的次月起停发病残津贴，按规定发放基本养老金并告知参保人。

1. 其他问题

本通知从2025年 月 日起实施。《广东省人力资源和社会保障厅关于印发<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》（粤人社规〔2023〕8号）和《广东省人力资源和社会保障厅关于印发<广东省企业职工基本养老保险经办规程>的通知》（粤人社规〔2024〕17号）有关条款与上述文件或意见不一致的，按照上述文件和意见执行。

附件：1.企业职工基本养老保险病残津贴申报表

1. 公示材料

广东省人力资源和社会保障厅

2025年2月 日

附件1

企业职工基本养老保险病残津贴申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **姓名** |  | **社会保障号码** | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | **证件类型** |  | **证件号码** | | □与社会保障号码相同 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **性别** |  | **档案出生年月** | | 年 月 | | | | | | | | | **申领待遇时岗位信息** | | | | | | □无工作单位 □生产操作岗位 □管理技术岗位 | | | | | | | | | | | **户籍地** | 省 市 县（区） | | | | | | **最后参保地** | | | | | | | | 省 市 | | | | | | | | | | | | | | | **手机号码** |  | | **电子邮箱** | |  | | | | | | | | | | **最后缴费月** | | | | | | 年 月 | | | | | | | | | **联系地址** |  | | | | | | | | | | | | | | **邮政编码** | | | | | |  | | | | | | | | | **银行账号** |  | | | | **开户名** | | | | |  | | | | | **开户银行** | | | | | |  | | | | | | | | |   **请申请人确认并勾选以下事项（一条有多个选项的，请根据本人实际情况勾选其中一项）：**   1. □本人未在广东省外其他地区参保缴费。   □本人曾在广东省外其他地区参保缴费，现已按国家和省有关规定办理关系转移手续。  2. □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、居民养老保险或其他险种领取社保待遇。  3. □本人从未涉及刑事责任。  □本人涉及刑事责任，现已符合申报待遇资格，并按要求提供法院判决书、刑满释放证明等材料。 |
| **社会保险经办机构告知内容：**  1.申请资格：参保人员达到法定退休年龄前因病或者非因工致残经鉴定为完全丧失劳动能力的，可以申请按月领取病残津贴。  2.跨省流动就业人员待遇领取地确认：跨省流动就业的参保人员达到待遇领取条件时，按下列规定确定其待遇领取地：基本养老保险关系在户籍所在地的，由户籍所在地负责办理待遇领取手续，享受基本养老保险待遇；基本养老保险关系不在户籍所在地，而在其基本养老保险关系所在地累计缴费年限满10年的，在该地办理待遇领取手续，享受当地基本养老保险待遇；基本养老保险关系不在户籍所在地，且在其基本养老保险关系所在地累计缴费年限不满10年的，将其基本养老保险关系转回上一个缴费年限满10年的原参保地办理待遇领取手续，享受基本养老保险待遇；基本养老保险关系不在户籍所在地，且在每个参保地的累计缴费年限均不满10年的，将其基本养老保险关系及相应资金归集到户籍所在地，由户籍所在地按规定办理待遇领取手续，享受基本养老保险待遇。 3. 参保人员领取病残津贴期间，不再缴纳基本养老保险费。继续就业并按国家规定缴费的，自恢复缴费次月起，停发病残津贴。  4.病残津贴领取人员收到人力资源社会保障部门要求进行劳动能力复查鉴定通知后，应按规定配合。在应复查鉴定的60 日内未按规定参加复查鉴定或复查结论为未完全丧失劳动能力的，从次月起停发病残津贴。  5.病残津贴领取人员应如实提供申报材料，提供虚假材料、虚假承诺等方式认证的应承担相关法律责任。如发现个人多享受社会保险待遇的，社会保险经办机构责令退回，后续可以按规定从其后续享受的社会保险待遇或者个人账户余额中抵扣。个人账户余额和遗属待遇不足抵扣多领待遇的，或者申请人以欺诈等方式骗取待遇的，或者社会保险经办机构错发、多发待遇的，社会保险经办机构从申请人领取企业职工基本养老保险待遇银行账户扣回；仍无法追回的，依法向法院申请强制执行；符合严重失信人员行为的，纳入失信人员名单管理，并实施联合惩戒。  6.病残津贴领取人员应按规定参加待遇领取资格认证，认证周期最长不超过12个月。逾期不进行认证的，社保经办机构将从上次认证之月的第13个月起停发基本养老金。新增病残津贴领取人员从待遇核定次月起计算认证周期。具体认证办法请按照社保经办机构有关通知执行。  7.《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，构成犯罪的依法追究刑事责任。 |
| 本人确认上述申报信息无误同意申报，并知悉如提供虚假情况及资料，需承担相关法律责任。若出现以上告知内容相应情形的，同意社会保险经办机构按照上述告知方式执行。  申请人签名： 年 月 日 |

附件2

关于领取病残津贴人员名单的公示

（职工所在用人单位版本）

我单位XXX拟申请领取病残津贴，现予以公示。公示时间自XX年XX月XX日至XX月XX日。如有异议，在公示期限内，有关人员均可实事求是反映问题，在反映时应署真实姓名并提供必要的调查线索（信函以寄发日邮戳为准）。

举报电话：（单位电话）

通讯地址：（单位地址）

XX单位（盖章）

XX年XX月XX日

关于领取病残津贴人员名单的公示

（灵活就业人员所在社区版本）

XXX社区XXX拟申请领取病残津贴，现予以公示。公示时间自XX年XX月XX日至XX月XX日。如有异议，在公示期限内，有关人员均可实事求是反映问题，在反映时应署真实姓名并提供必要的调查线索（信函以寄发日邮戳为准）。

举报电话：（人力资源社会保障部门电话）

通讯地址：（人力资源社会保障部门地址）

XX人力资源和社会保障局（盖章）

XX年XX月XX日

领取病残津贴人员名单公示情况反馈函

（职工所在用人单位版本）

XX人力资源和社会保障局：

XX年XX月XX日至XX月XX日，我单位按规定对XXX等XX名申请领取病残津贴人员进行公示，公示结果无异议，现予反馈。

联系人及电话:

XX单位（盖章）

XX年XX月XX日

关于病残津贴领取人员名单的公示

(人力资源社会保障行政部门版本）

经申报，我厅（局）已受理XXX、XXX等X人病残津贴领取申请，现予以公示。公示时间自XX年XX月XX日至XX月XX日。如有异议，在公示期限内，有关人员均可实事求是向我厅（局）反映问题，在反映时应署真实姓名并提供必要的调查线索（信函以寄发日邮戳为准）。

举报电话：（人力资源社会保障部门电话）

通讯地址：（人力资源社会保障部门地址）

    XX人力资源和社会保障厅（局）

XX年XX月XX日