附件3-1

社会保险登记表

单位名称：（公章）

申请日期：

河南省人力资源和社会保障厅制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | 单位简称 | | | |  | | |
| 地 址 |  | | | | | | 邮 编 | | | |  | | |
| 统一社会 信用代码  证书信息 | 代码编号 | |  | | | | 机构类型 | | | |  | | |
| 颁发单位 | |  | | | | 有效期限 | | | |  | | |
| 批准(登记)成立信息 | 企业等单位登记信息 | | 执照种类： | | | | | | | | | | |
| 发照机关： | | | | | | | | | | |
| 发照日期： | | | | | | | | | | |
| 经济类型： | | | | | | | | | | |
| 机关事业单位成立日期 | | 批准单位： | | | | | | | | | | |
| 批准日期： | | | | | | | | | | |
| 批准文号： | | | | | | | | | | |
| 法定  代表人或负责人 | 姓名 | |  | | | | | | | 电话 | |  | |
| 证件类型 | |  | | | | | | | | | | |
| 证件号码 | |  | | | | | | | | | | |
| 经办部门及人员 | 部门名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 负责人姓名 | | | |  | | | | 电话 | | | |  |
| 经办人员姓名 | | | |  | | | | 电话 | | | |  |
| 单位类型 |  | 经费来源 | | | |  | | | 隶属关系 | | | |  |
| 主管部门 |  | 职工（编制）总数 | | | | | |  | 退休人数 | | | |  |
| 在编人数 |  | 其中 | | 财政全额拨款 | | | | |  | | | | |
| 非财政全额拨款 | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 缴费账户 | 开户银行 |  | 户名 | | |  | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | |
| 拨付账户 | 开户银行 |  | | | 户名 | |  | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | |
| 参加险种  情况 | 参加险种 | | | 参加日期 | | | | 参保地 | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| 行业类型 |  | 行业代码 | |  | | | | 工伤保险费 率 |  |
| 备注 |  | | | | | | | | |
| 社保经办机构审核意 见 | 经办人： 部门负责人： 主管领导：  社保经办机构：（盖章）  办理日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 社会保险登记编号： | | | | | | | | | |

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．批准（登记）成立信息：指在市场监管部门注册登记证书或有关机关批准成立的文书或其它核准执业证件上的相应信息。

5．法定代表人或负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的分支机构，填写单位主要负责人有关信息。

6．经办部门及人员：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、具体办理社会保险相关业务工作人员的有关信息。

7．单位类型：机关事业单位分为以下8类：⑴按照公务员法管理的单位；⑵参照公务员法管理的机关（单位）；⑶行政类事业单位；⑷公益一类事业单位 ；⑸公益二类事业单位；⑹目前划分为生产经营类但尚未转企改制到位的事业单位 ；⑺.目前尚未确定分类类型的事业单位；⑻.不纳入分类范围的单位。

其余单位按照单位性质，填写企业、社会团体、民办非企业、基金会、律师事务所、会计师事务所、个体工商户、其他。

8．经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。本项为机关事业单位、军队参保登记所填栏目。

9．隶属关系：按中央属、部属、省属、市属、县属、乡镇属和部队分类填写。

11．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，本项可以不填写。

12．职工（编制）总数：企业等单位按照本单位实际职工总数填写；机关事业单位按照机构编制部门最后一次核准的各类编制总数填写。

13．在编人数：指在机关事业参保单位按照工作并领取工资的实有在职在编人数。

14．退休人数：参保单位原在编人员中已办理退休的人数。由机关事业及军队等单位填写。

15．开户银行、户名、银行账号：参保单位缴纳社会保险费、职业年金的开户银行、户名及银行账号。

16．参加险种及时间、参保地：参保单位在社保经办机构参加的各类险种及参加时间、参保地，按照机关事业单位基本养老保险、城镇职工基本养老保险、职业年金、基本医疗保险、工伤保险、生育保险、失业保险、企业年金和补充医疗保险等分类填写。

17．备注：需要说明的其他情况。

18．社会保险登记编号：与颁发的社会保险登记证中编号一致，由信息系统依据编码规则自动生成，社保经办机构审核后填写。

19．所属分支机构随单位一起参保的，请在本表后附页列明分支机构明细。

附件3-2

单位参保险种对照表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位类型 | 险 种 | | | | | |
| 企业基本养老保险 | 机关事业养老保险 | 职业年金 | 城乡居民养老保险 | 失业保险 | 工伤保险 |
| 企业、农民专业  合作社、民办非企业社会团体等 | √ | × | × | × | √ | √ |
| 行政机关、参照公务员管理事业单位 | ○ | √ | √ | × | ○ | √ |
| 事业单位 | ○ | √ | √ | × | √ | √ |

说明：1．“√”表示应该参加对应险种；“×”表示不应该参加对应险种；“○”表示可以选择参加对应险种或达到某种条件下应当参加。

2．行政机关、参照公务员管理事业单位中非编人员应参加企业养老保险；机关及参照公务员管理的事业单位中工勤人员应当参加失业保险。

附件3-3

建筑施工项目工伤保险申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保单位名称 |  | | |
| 工程名称及工程内容 |  | | |
| 组织机构代码 |  | 工程（备案）编号 |  |
| 工程地点 |  | 发包单位 |  |
| 预计用工人数 |  | 开工时间 |  |
| 开户银行 |  | 竣工时间 |  |
| 账号 |  | 缴费方式 | 转 帐 |
| 项目工程总造价 | 项目进度比 | 工伤基础费率 | 缴费金额 |
|  |  | 1‰ |  |
| 缴费金额大写 |  | | |
| 施工总承包单位  （签章）： | | 经办人：   复核人：  工伤经办机构  （签章）： | |
| 填表时间： | 联系人： |  | 电话： |

附件3-4

河南省社会保险单位信息变更申报表

单位名称： 单位编码：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 参保单位需说明的情况:  单位经办人： 单位名称：（盖章）  单位负责人：填表日期：年月日 | | | |

**填写说明**

1．本表由用人单位办理信息变更时填写。

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。

3．单位编码：指社会保险信息系统中参保单位的唯一代码。

4．变更项目：参保单位变更登记的事项。

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证中的内容。

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:参保单位登记变更项目和内容时，需要注明的事项。

8．参保单位需说明的情况：参保单位申报办理业务时，选择其他选项或需要说明情况的，填写本项目。

附件3-5

河南省社会保险单位注销申报表

单位名称： 单位编码：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 批准撤销、解散等  文件名称 |  | 批准日期 |  |
| 注  销  原  因 | 注销营业执照（ ） 吊销营业执照（ ）  破产（关闭）（ ） 兼（合）并（ ）  分立（ ） 批准或宣布终止（ ）  迁往外省市（ ） 其他原因（ ）  说明： | | |
| 参保单位经办人： 单位名称：（盖章）  参保单位负责人： 填表日期： 年 月 日 | | | |

附件3-6

机关事业单位注销登记申报表

单位名称： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 批准撤销、解散 等文件名称 | |  | 批准日期 |  |
| 注销原因 | 撤销（ ）解散（ ）  合并（ ）改制（ ）  成建制转出（ ） | | | |
| 参保单位需说明的情况:  单位经办人: 单位负责人：单位名称：（公章）  填表日期： 年 月 日 | | | | |
| **以下由社保经办机构填写** | | | | |
| 情况备注：  经办人： 复核人： 审核人：  社保经办机构：（盖章）  办理日期： 年 月 日 | | | | |

备注：此表一式两份,社保经办机构和参保单位各留存一份。

附件4-1

河南省企业职工建立社会保险关系申报表（批量）

下列人员已与我单位正式建立劳动关系，现申请为下列人员办理社会保险登记手续，并保证按时足额缴纳社会保险费。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（公章）： | | |  |  | | | 统一社会信用代码： | | | | |  | 单位编号： | | |
| 序号 | 公民身份号码 | 姓名 | 性别 | 民族 | 出生日期 | 个人  身份 | 参加工作日期  （年/月） | 参保缴费日期  （年/月） | 月缴费工资（元） | 缴费起止日期 | 户籍  所在地 | 联系电话 | 邮政编码 | 家庭住址 | 通讯地址 | 职工签字及指印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人姓名： | | | | | | 联系方式： | |  | | | | 填报时间： 年 月 日 | | | |
| 说明：1．填报单位应认真、如实填写以上各项内容，并与上传电子数据内容一致。若填报不实，由此产生的法律责任由填报单位承担。  2．养老保险、失业保险应自起薪当月开始参保缴费；工伤保险自受理次日参保生效，当月开始缴费。  3．“个人身份”：工人、干部、农民、学生、企业管理人员、事业单位管理人员、专业技术人员、退（离）休人员、现役军人、自由职业者、个体经营者、无业人员。  4．若职工因各种原因无法签字，由单位经办人通知其本人，经本人同意后，签经办人姓名并注明“代签”。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件4-2

(条形码) （二维码）

河南省职工社会保险关系建立（恢复）申报表

单位编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | | |
| 出生日期 |  | 档案出生 日 期 |  | 参加工作时间 |  |
| 个人身份 |  | | 经费来源  （仅限机关事业单位工作人员填报） | |  |
| **申请参加险种** | **缴费起止时间** | | | **月缴费工资（元）** | |
| 企业职工  养老保险 |  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| 机关事业单位  养老保险 |  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| 失业保险 |  | | |  | |
| 工伤保险 |  | | |  | |
| 单位意见：  同意报送，以上事项填写真实。  单位盖章：  经办人： 负责人： 日期： | | | | | |

备注: 1．首次参加工作和再次工作的人员的月缴费工资按就业后第一个月工资填报。

2．经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。

3．缴费起止时间指一个缴费年度内开始缴费和结束缴费的时间；补缴超过一个缴费年度的，应分年度填写。

附件4-3

补缴养老保险费告知承诺书

一、根据人力资源和社会保障部关于开展证明事项告知承诺制试点工作方案的精神，结合工作实际，在补缴工作中实行告知承诺制。

二、根据人社部规〔2016〕5号文、人社厅发〔2019〕94号件规定，对一次性补缴养老保险费超过3年（含）的，在办理跨省转移基本养老保险关系，需向转入地社会保险经办机构提供人民法院、审计部门、实施劳动保障监察的行政部门或劳动争议仲裁委员会出具的具有法律效力证明一次性缴费期间存在劳动关系的相应文书；或提供社会保险费征收机构在履行法定职责时出具的责令补缴文书。无法提供以上文书的，办理跨省转移基本养老保险关系手续时补缴的年限不能转移，补缴的费用亦不能退回。

三、本人已仔细阅读并理解上述内容，申请通过单位补缴在单位就业期间的基本养老保险费，**本人承诺：本次补缴后不再办理跨省转移养老保险关系。**

四、本承诺自愿、真实、有效。今后如违反本承诺办理跨省转移养老保险关系，由此造成的一切损失由本人承担，与社会保险经办机构无关。

承诺人：

年 月 日

附件4-4

无雇工个体工商户、灵活就业人员参保登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  | | | | | 个人编号 |  |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | | | | | 参加工作时间 |  |
| 户籍地 |  | | | | | 联系电话 |  |
| 常住地址 |  | | | | |
| 参加险种 | 城镇企业职工基本养老保险 | | | | | | |
| 登记类型 | □增加 □减少 | | | | | | |
| 登记时间 | 年 月 | | | | | | |
| 登记信息核对无误，本人申请办理。 | | | | | | | |
| 本人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 社保经办 机构意见 |  |  | | |  | （盖章） | |
| 经办人： | | | |  | 办理日期： 年 月 日 | |

附件4-5

河南省企业职工中断社会保险关系申报表（批量）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（公章）： | |  | |  | | 统一社会信用代码： | | |  | 单位编号： | | |
| 序号 | 个人编号 | | 公民身份号码 | | | | 姓名 | 人员中断缴费原因 | | 备注 | 职工签字及指印 | |
| 1 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 2 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 3 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 4 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 5 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 6 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 7 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 8 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 9 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 10 |  | |  | | | |  |  | |  |  | |
| 单位经办人姓名： | | | | | 联系方式： | |  | | 填报时间： 年 月 日 | | |

**说明：**

1．填报单位应认真、如实填写以上各项内容，并与上传电子数据内容一致。**若填报不实，由此产生的法律责任由填报单位承担。**

2．人员中断缴费原因分为：在职人员解除/终止劳动合同、在职人员个人原因解除合同、双方协商一致解除劳动合同、工作调动、自动离职、辞职、劳动合同到期、被开除、被除名、被辞退、人员参军、人员上学、人员被判刑、停薪留职、人员失踪、人员达到享受养老保险待遇条件、人员转出统筹范围外、其他原因中断缴费等。

3．若职工因各种原因无法签字，由单位经办人通知其本人，经本人同意后，签经办人姓名并注明“代签”；

4．非因本人意愿中断就业的，不可享受失业保险待遇。

5．1-4级伤残职工（农民工除外）不得中断工伤保险关系；五级、六级伤残职工经本人申请后可中断工伤保险关系；工伤职工工伤伤残待遇尚未终结前，不得解除劳动关系。

附件4-6

(条形码) （二维码）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 河南省参保职工中断社会保险关系申报表 | | | | | |
| 单位编号： |  | |  | |  |
| 单位名称 |  | | | | |
| 个人编号 |  | | | 社会保障号码 |  |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  |
| 证件类型 |  | | | 证件号码 |  |
| 参加工作时间 |  | | | 内部编号 |  |
| 参保缴费险种 | 1.企业职工养老保险（ ）2.机关事业单位养老保险（ ）  3.失业保险（ ） 4.工伤保险（ ） | | | | |
| 中断原因 |  | | | 中断时间 |  |
| 单位意见： |  | | |  |  |
| 同意报送，以上事项填写真实，填报不实，愿承担由此产生的法律责任。 | | | | | |
|  | |  |  | | 单位盖章： |
| 经办人： 负责人： 日期： | | | | | |

**备注：**

**1．中断原因。企业等单位参保职工中断原因包括**：在职人员解除/终止劳动合同、在职人员个人原因解除合同、双方协商一致解除劳动合同、工作调动、自动离职、辞职、劳动合同到期、被开除、被除名、被辞退、人员参军、人员上学、人员被判刑、停薪留职、人员失踪、人员达到享受养老保险待遇条件、人员转出统筹范围外、其他原因中断缴费等；**机关事业单位参保职工中断原因包括：**辞职、被辞退、自动离职、聘用╱ 劳动合同到期、被开除、被除名、被判刑、被采取强制措施和受行政（刑事）处罚停发工资待遇、达到享受养老保险待遇条件、死亡、被宣告失踪、年满70周岁选择不再继续缴费、同级财政全额供款机关事业单位之间直接流动、其他情形机关事业单位之间流动、经组织批准由机关事业单位流动到企业（正式调动）、事业单位转制为企业、机构改革等原因批量中断。

**2．中断时间。**（1）原则上为当前工作年月；（2）其中机关事业单位参保职工中断原因为被开除、被除名、被判刑、死亡或事业单位转制为企业的，中断时间可追溯（修改）为对应被开除当月、被除名当月、刑期开始当月、死亡当月或事业单位转制为企业当月。

附件4-7

河南省灵活就业人员参保变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号 | |  | | 姓 名 |  | 出生年月 |  |
| 个人编号 | |  | | 民 族 |  | 性 别 |  |
| 参加工作时间 | |  | | 用工形式 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 | |  | | | | 邮政编码 |  |
| 变更内容 | | 新参保□ 续保□ 统筹外转入□ 居民转制□ | | | | | |
| 在职转退休□ 停保□ 退保□ | | | | | |
| 是否在外地  参加过保险 | | 是□ 否□ | | | | | |
| 转出社保机构  名称 | |  | | 外地缴费起止时间 | | 年月至年月 | |
| 参保时间 | | 年 月 | | | | | |
| 停保时间 | | 年 月 | | | | | |
| 月缴费基数 | |  | | | | | |
| 养老保险 有关政策 | | 1．月缴费基数统一按全省上年度城镇就业人员月平均工资的60%-300%进行保底、封顶确定； | | | | | |
| 2．灵活就业人员参加基本养老保险，月缴费额按缴费基数的20%缴纳； | | | | | |
| 3．每年1月1日至5月25日通过网上申报或到人事代理机构或社保经办机构申报下年度缴费基数；如未申报，按保底缴费基数确定； | | | | | |
| 4．签订缴费扣划协议的，请在参保后每月1号之前将当月应缴纳的养老保险费存入指定银行扣划账户。 | | | | | |
| **温馨提示：** | | **业务办理时间：每月1日-25日** | | | | | |
| **养老保险有关政策已阅读，申报信息核对无误，本人申请办理。** | | | | | | | |
| 申报人签字： | | |  |  | 填表日期： 年 月 日 | | |
| 单位编码: 经办单位(签章):  经办人： 年 月 日 | | | | | | | |
|
|
| 备注： |  | | | | | | |

附件4-8

职业年金补记申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： 单位：元 | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 2014年9月本人月工资收入纳入个人缴费基数金额 | 补记起止时间 | 补记月数 | 补记原因 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位名称：（盖章）  经办人： 审核人： | | | | 社保经办机构：（盖章）  经办人： 审核人： | | | |

**备注：**1．补记原因包括：①辞职；②被辞退；③经组织批准由机关事业单位流动到企业（正式调动）。

2．补记月数：改革前本人在机关事业单位工作年限。

附件4-9

（条形码） （二维码）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 河南省参保人员终止社会保险关系申报表 | | | | | | | | |
| 单位编号： 打印日期： | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | | |
| 个人编号 | |  | | | | 社会保障号码 | |  |
| 姓 名 | |  | | | | 性 别 | |  |
| 证件类型 | |  | | | | 证件号码 | |  |
| 参加工作时间 | |  | | | | 内部编号 | |  |
| 参保缴费险种 | | 1．机关事业单位养老保险（ ）2．企业养老保险（ ）3．居民养老保险（ ）4．失业保险（ ）5．工伤保险（ ） | | | | | | |
| 终止原因 | |  | | | | 终止时间 | |  |
| **养老保险**  **有关政策**  **告 知** | **一、属于“出国（境）定居”的：**  1．可保留养老保险关系，达到法定领取条件时，可按规定享受相应的养老保险待遇；  2．办理终止养老保险关系，仅支付个人账户储存额，不再享受养老保险待遇。  **二、达到法定退休年龄后累计缴费不足十五年的：**  1．可延长缴费至满十五年后，按规定享受相应的养老保险待遇；  2．可申请转入户籍所在地城乡居民基本养老保险，享受相应的养老保险待遇；  3．办理终止养老会保险关系，仅支付养老保险个人账户储存额，不再享受养老保险长期待遇。 | | | | | | | |
| 单位（个人）意见： | | | | | | | | |
| 上述政策告知内容已经知晓，现申请终止社会保险关系，以上事项填写真实。 | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | | 单位：（盖章）  或个人（签名） | |
| 经办人： | |  | 负责人： | | | | 日期： | |

附件4-10

个人账户一次性待遇申领承诺书

|  |  |
| --- | --- |
| 办理业务及证明材料：  个人账户一次性待遇申领：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_为参保人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的法定继承人或指定继承人，参保人己于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日死亡，殡葬方式为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。 | |
| **承诺内容：**  本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对个人账户一次性待遇申领事项证明义务和办理条件已充分知晓。在此本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乗坐高等列车和席次、获得货款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。并按《中华人民共和国社会保险法)第八十八条之规定:以欺诈、仿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，处骗取金二倍以上五倍以下的罚款。 | |
| 承诺人： | 身份证号： |
| 与申请人关系：本人/法定继承人（勾选） | |
| 承诺日期： 年 月 日 | |

附件4-11

在职人员因病或非因公死亡待遇计算单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号： 单位名称： | | | | | |
| 公民身份号码 |  | 姓名 |  | 性别 |  |
| 截止缴费  （支付）日期 |  | 视同缴费  年限 |  | 实际缴费  年限 |  |
| 死亡上年所在省辖市企业离退休人员月人均基本养老金 | |  | 丧葬补助费支付月数 | |  |
| 本人实际缴费年限最后24个月  月平均缴费工资 | |  | 一次性抚恤金支付  月数 | |  |
| 丧葬补助费 |  | 抚恤金 |  | 个人账户累计存储额 |  |
| 核定一次性支付额（大写） |  | | | （小写） |  |
| 领取人身份  证号 |  | 领取人姓名 |  | 领取人与参保人关系 |  |
| 社保经办机构意见（盖章） | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 经办人： |  | 复核人： |  | 经办时间： |  |

附件4-12

基本养老保险个人账户一次性支付核定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号： |  | 单位名称： | | |  | |  |  | |
| 公民身份  号码 |  | 姓 名 |  | | | | 性别 |  | |
| 截止缴费  （支付）日期 |  | 缴费年限 |  | | | | | | |
| 支付原因 | 1、领取失业金期间死亡（ ）；2、达到退休年龄缴费年限不足15年（ ）；3、出国定居（ ）；4、工伤死亡（ ）；5、重复享受养老待遇（ ）；6、多重养老保险关系重复缴费（ ）；7、其它（ ）。 | | | | | | | | |
|
| 个人账户  累计储存额（大写） |  | 其中：  个人缴费部分本息 | |  | | 核定一次性支付额 | | |  |
| 领取人与  参保人关系 |  | 领取人  身份证号: | |  | | 领取人  姓名 | | |  |
| 经办人： |  | 复核人： | |  | | 日期： | | |  |

附件4-13

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机关事业单位养老保险个人账户一次性支付申报表 | | | | | | | | | |
| 单位名称： 社会保险登记编号： | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 公民身份号码 （有效身份证件） | |  | | 民族 |  | 性别 |  |
| 支付原因 | 1.在职人员死亡（ ）  2.在职人员丧失中国国籍（ ）  3.达到退休年龄时缴费年限不足15年并且本人自愿终止基本养老保险关系（放弃一次性缴费至满15年）（ ）  4.机关事业单位工作视同缴费年限期间参加企业职工养老保险、清理同期企业职工养老保险关系（清理起止时间： 年 月至 年 月）（ ） | | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | 申请人公民身份号码 |  | | | 申请人与  参保人员关系 | |  | |
| 申请人居住地址 |  | | | | | 申请人  联系方式 | |  | |
| 申请人  银行账号 |  | | 开户银行 | |  | 申请人签名 | |  | |
| 参保单位意见：  同意报送，以上事项填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。 | | | | | | | | | |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 社保经办机构意见: | | | | | | | | | |
| 同意自办理之日次月起终止养老保险关系。 | | | | | | | | | |
| 经办人: 审核人: 社保经办机构：（盖章）  办理日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **备注:**  1．在职人员死亡的，申请人须为经参保单位确认的参保人员指定受益人或法定继承人；其他业务，申请人须为参保人员本人，“申请人姓名”、“申请人公民身份号码”、“申请人与参保人员关系”、“申请人居住地址”栏不再填写。 | | | | | | | | | |
| 2．此表一式两份,社保经办机构一份,参保单位一份。 | | | | | | | | | |

附件4-14

机关事业单位基本养老保险个人账户一次性支付核定表

单位名称： 社会保险登记编号： 单位：元、月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码  （有效身份证件） |  | | 性 别 | |  | 民 族 |  |
| 缴费截止  时间 |  | 支付原因 | 1. 在职人员死亡（ ） 2. 在职人员丧失中国国籍（ ）   3.达到退休年龄时缴费年限不足15年且本人自愿终止养老保险关系（放弃一次性缴费至满15年）（ ）  4.机关事业单位工作视同缴费年限期间参加企业职工养老保险、清理同期企业职工养老保险关系  （清理起止时间： 年 月至 年 月）（ ） | | | | | | |
| 多缴月数 |  | 基本养老保险费  单位和个人  多缴金额 | 单位部分: | | | 基本养老保险个人账户 累计储存额 |  | | |
| 个人部分: | | |
| 小 计： | | |
| 申请人  姓名 |  | 申请人银行账号 开户银行 |  | 申请人 银行账号 | |  | | | |
| 参保单位 拨付账户户名 |  | 参保单位拨付账户开户银行 |  | 参保单位拨付 账户银行账号 | |  | | | |
| 社保经办机构意见：  经审核，同意支付（参保人员姓名）的基本养老保险个人账户累计储存额元；并退回单位和个人多缴基本养老保险费金额元。 | | | | | | | | | |
| 经办人： 复核人： 审核人： 社保经办机构：（盖章） 打印日期： | | | | | | | | | |
| **备注：**1．基本养老保险“个人账户累计储存额”拨付至申请人银行账号，“单位和个人多缴金额”退还至参保单位拨付账户；  2．此表一式三份，参保单位、参保人员（家属）和社保经办机构各存一份。 | | | | | | | | | |

附件4-15

机关事业单位职业年金个人账户一次性支付核定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码 （有效身份证件） |  | | 性 别 | |  | 民 族 |  |
| 缴费截止 时间 |  | 支付原因 | 1.在职人员死亡（ ）  2.在职人员丧失中国国籍（ ）  3.达到退休年龄时缴费年限不足15年且本人自愿终止养老保险关系（放弃一次性缴费至满15年）（ ） | | | | | | |
| 多缴月数 |  | 职业年金  单位和个人  多缴金额 | 单位部分: | | | 职业年金  个人账户  累计储存额 |  | | |
| 个人部分: | | |
| 小 计： | | |
| 申请人  姓名 |  | 申请人银行账号 开户银行 |  | 申请人 银行账号 | |  | | | |
| 参保单位 拨付账户户名 |  | 参保单位拨付账户开户银行 |  | 参保单位拨付 账户银行账号 | |  | | | |
| 社保经办机构意见：  经审核，同意支付（参保人员姓名）的职业年金个人账户累计存储额元；并退回单位和个人多缴职业年金金额元。 | | | | | | | | | |
| 经办人： 复核人： 审核人： 社保经办机构：（盖章） 打印日期： | | | | | | | | | |
| 备注：1．职业年金“个人账户累计储存额”拨付至申请人银行账号，“单位和个人多缴金额”退还至参保单位拨付账户；  2．此表一式三份，参保单位、参保人员（家属）和社保经办机构各存一份。 | | | | | | | | | |

附件4-16

河南省城乡居民社会养老保险个人账户（丧葬费）结算单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 公民身份号码 | |  | | |
| 出生时间 |  | | 民 族 |  | | 参保日期 | |  | | |
| 联系电话 |  | | 户籍所在地址 |  | | | | | | |
| 个人账户储存额（元） | | | | | | | | | | |
| 个人缴费 | 集体补助 | | 政府补贴 | | | | 其他 | | 利息 | 累计总额 |
| 村（社区）集体 | 其他资助 | 中央 | 省 | 市 | 县 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 结算原因 | □出国（境）定居 □死亡 □其它 | | | | | | | | | |
| 个人账户一次性支付金额 | | |  | | 丧葬费 | | | |  | |
| 领取城乡居民养老保险待遇人员终止 | 终止时间 | |  | 待遇发放开始时间 | |  | 待遇发放截止时间 | | |  |
| 月领取待遇金额 | |  | 应补发待遇金额 | |  | 应扣回待遇金额 | | |  |
| 实际应发放金额  （大写） | |  | | | | 实际应发放金额  （小写） | | |  | |
| 领取人 | 姓名 |  | | 公民身份号码 | |  | | | | |
| 性别 |  | | 与参保人关系 |  | 联系电话 |  | | | |
| 联系地址 | | |  | | | | | | |
| 领取银行 | | |  | | | | | | |
| 签章 | | |  | | | | | | |
| 县（市、区）社保机构意见： | | | | | | | | | | |
| 经审核，该参保人员符合城乡居民养老保险个人帐户一次性结算支付条件，同意该参保人员从即日起退出城乡居民养老保险。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | 经办人： | | | 审核人： | | | （公章）子签章预留\_经办机构 | | | |
| 办理日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 填表说明：本表一式三份，县（市、区）城乡居保经办机构、街道（乡镇）服务所、申请人各留存一份。 | | | | | | | | | | |

附件4-17

河南省社会保险参保人员信息变更申报表

单位名称： 单位编码：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 参保单位需说明的情况:  单位经办人： 单位名称：（盖章）  单位负责人： 填表日期： 年 月 日 | | | |

**填写说明**

1．本表由用人单位办理信息变更时填写。

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。

3．单位编码：指社会保险信息系统中参保单位的唯一代码。

4．变更项目：参保单位变更登记的事项。

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证中的内容。

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:参保单位登记变更项目和内容时，需要注明的事项。

8．参保单位需说明的情况：参保单位申报办理业务时，选择其他选项或需要说明情况的，填写本项目。

附件4-18

|  |  |
| --- | --- |
| 个人信息修改所需材料表 | |
| **变更内容** | **所需资料** |
| 姓名、性别、证件号码、民族 | 居民身份证、公安部门提供的证明或参保单位出具的证明（正式红头文件） |
| 户口性质、户口所在地所属行政区代码、户口所在地、户口簿编号 | 户口簿 |
| 参加工作日期、档案出生日期、个人身份、政治面貌、干部标志 | 人事档案 |
| 常住地所属行政区代码、常住地地址 | 居民身份证（或居住证） |
| 文化程度 | 学历证明 |
| 婚姻状况 | 结婚证 |
| 军转人员等级、农民工标志、劳模标志、养老建账年月、养老账户类别、公务员标志、在编标志、退休前职务/职称/技术等级、退休前级别/岗位/薪级、改革时工资 | 专业技术证书;人事档案;参保人员基本信息变更表;户口簿;相关聘任文件;相关证件;相关部门批文;职业资格等级证书;转业定资表或人员供给介绍信等依据 |
| 用工形式 | 档案或劳动合同 |
| 专业技术职务级别、国家职业资格等级 | 劳动部颁发的职业资格证书 |
|  |  |
|  |  |

附件5-1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 编号： | | | | | | | | |
| 基本养老保险参保缴费凭证 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 险种类别：机关事业单位基本养老保险+职业年金[ ] 企业职工养老保险[ ] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保人员基本信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | | | | | | | | | | | 性 别 | | | | |  | 个人编号 | |  | | | | | | |
| 公民身份 号 码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 户籍地 地 址 |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在本地 参保起 止时间 |  | | | | | | | | | | | | | 本地实际 缴费月数 | | | | |  | 本地参保期间个人账户储存额 | |  | | | | | | |
| 职业年金个人账户份额或个人账户储存额 | |  | | | | | | |
| 社会保险经办机构信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行政区划 代 码 |  | | | | | | | | | | | | | 单位名称 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 电 话 |  | | | | | | | | | | | | | 地 址 | | | | |  | | | 邮政 编码 |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办人（签章）： | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | 社会保险经办机构（章）： | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 | | | | |  |  |  |  |
| (本凭证一式两联，填发此凭证的社保机构和参保人员本人各一联) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 重要提示  1．本凭证是您参加基本养老保险的权益记录，是申请办理基本养老保险关系转移接续手续的重要凭证，请妥善保管。  2．当您跨省(自治区、直辖市)流动就业时，基本养老保险关系在原参保地社会保险经办机构保留，个人账户储存额按规定继续计算利息。到新就业地参保时，请向当地社会保险经办机构出示本凭证，办理基本养老保险关系转移接续手续。  3．本凭证如不慎遗失，请与填发此凭证的社会保险经办机构联系，申请补办。联系方式可到任何一个社会保险经办机构查询。  4．职业年金个人账户储存额是根据上一个定价日的单位净值计算，仅供参考。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5-2

编号：

基本养老保险关系转移接续申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 公民身份号码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话： | | |  | 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 年 月 日 | |  | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （落款中的参保单位和申请人，二选一即可） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5-3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | 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）：  电 话： | |  | 新就业地社保机构（章）：  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5-4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |  | | | | | | | |
| 公民身份号码 |  | | | | 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5-5

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建立临时基本养老保险缴费账户通知书 | | | | | |
| 兹有　　　　，原在你处参保，并建立了基本养老保险关系。根据《城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法》规定，我们已在本地为其建立了临时基本养老保险缴费账户，特此通知。 | | | | | |
| 姓　名 |  | 性别 |  | 公民身份 号 码 |  |
| 户籍所在地 |  | | | 原工作 单位名称 |  |
| 原个人编号 |  | | | 新就业地社 保机构名称 |  |
| 新就业地社保机构联系人 |  | | | 新就业地社保机构联系电话 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 新就业地社保机构（章） | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 年　　月　　日 | |
|  |  |  |  |  |  |
| （本通知书一式两联，一联发给原参保地社保机构，一联留存） | | | | | |

附件5-6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 临时基本养老保险缴费账户转移申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | | | | | | | | | 性别 | | | | |  | | | | 出生年月 |  | | | | | | | | | |
| 公民身份  号码 | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 户籍所在地 |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请转移至 | |  | | （ ）原参保地（ ）待遇领取地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 原参保地 个人编号 |  | | | | | | | | | |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构行政区划代码 | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 原参保地(待 遇领取地)社保机构名称 |  | | | | | | | | | |
| 原参保地(待 遇领取地)社保机构地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 原参保地(待 遇领取地)社保机构邮政编码 |  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构  联系电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 备 注 |  | | | | | | | | | |
|  | 参保单位（章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | 申请人（签字）： | | | | | | | | | | |
|  | 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 联系电话： | | | | | | | | | | |
|  | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
|  | 注： 1．落款中的参保单位和申请人，二选一即可。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
|  | 2．请在“申请转移至”所选项的“（　）”中打“√”。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  |

附件5-7

编号：

临时基本养老保险缴费账户转移联系函

（原参保地或待遇领取地社保机构名称）：

兹有，性别:，公民身份号码:，已在本地建立临时缴费账户，临时缴费账户个人编号：。现按照《城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法》有关规定，根据本人申请，将临时缴费账户转移你处，请将转移所需信息函告我处。

经办人（签章）： 联系电话： 临时建账地社保机构（章）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 　月 　日

（本函一式两联，一联发给对方社保机构，一联留存）

编号：

回 执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 公民身  份号码 |  |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构行政区划代码 | | | |  | |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构开户全称 | | | |  | |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构开户银行 | | | |  | |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构银行账号 | | | |  | |

经办人（签章）： 原参保地（待遇领取地）社保机构（章）：

联系电话： 年 月 日

（本回执一式两联，一联发给临时建账地社保机构，一联留存）

附件5-8

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：（公章）

年 月 日

附件5-9

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | 公民身份号码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户籍所在地详细名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **政策规定：**  1．参保人员离开机关事业单位12个月内到企业重新就业或灵活就业，且男性未年满50周岁、女性未年满40周岁的，经本人申请，基本养老保险关系可直接转移至重新就业地企业职工基本养老保险社保经办机构。  2．参保人员离开机关事业单位12个月内,基本养老保险关系可暂保留在原机关事业养老保险经办机构；超过12个月、转出地社保经办机构未收到企业职工基本养老保险社保经办机构开具的《基本养老保险联系函》的, 基本养老保险关系直接转移至户籍所在地的企业职工基本养老保险社保经办机构。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办人（签字）： | | |  | |  | 参保单位：（盖章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话： | | | | |  | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5-10

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号：  职业年金（企业年金）关系转移接续联系函 | | | | | | |
| （原参保地年金管理机构名称）： | | | | | | |
| 原在你处的参保人员，现申请将其职业年金（企业年金）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 | |  | | 新就业地职业（企业）  年金管理  机构全称 |  | |
| 新就业地职业（企业）年金管理机构  地址 | |  | | 新就业地职业（企业）  年金管理机构邮政编码 |  | |
| 新就业地职业（企业）年金管理机构  联系人 | |  | | 新就业地职业（企业）  年金管理机构联系电话 |  | |
| 职业年金 | 新就业地社保机构职业年金开户全称 |  | | 新就业地社保机构职业年金银行及账号 |  | |
| 企业年金 | 新就业地单位企业年金开户全称 |  | | 新就业地单位企业年金银行及账号 |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 经办人（签章）： | |  | 新就业地年金管理机构（章）： | | |
|  | 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5-11

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职业年金（企业年金）关系转移接续信息表 | | | | | | | | | | | | |
| 单位：元 办理转移日期: 编号： | | | | | | | | | | | | |
| **参保人员基本信息** | | | | | | | | | | | | |
| 个人编号 |  | | | | 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生日期 | |  |
| 身份证号 |  | | | | 户籍地址 |  | | | | 转出单位名称 | |  |
| **职业年金(企业年金)基金转移信息** | | | | | | | | | | | | |
| 职业年金(企业年金)个人账户 | | | | | | | | | | | | |
| 职业年金总额 | | 正常缴费形成的职业年金金额 | | 补记的职业年金金额 | | | 改革前试点划转金额 | | | | 企业年金金额 | |
| 记账金额 | 实账金额 |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | | | 5 | | | | 6 | |
|  | |  |  |  | | |  | | | |  | |
| 注：栏目关系 1=2+3+4+5+6 | | | | | | | | | | | | |
| 经办人（签章）： 联系电话： 原参保地社保机构（章） | | | | | | | | | | | | |

**重要提示：**

1．记账金额：从同级财政保障拨付资金单位之间流动的，采取记账方式记录的金额。

2．实账金额：改革后单位和个人实际缴纳的职业年金及收益的总额。

3．补记的职业年金金额：由机关事业单位流动到企业参保的人员，补记原单位工作期间视同缴费年限的职业年金金额。

4．改革前试点划转金额：改革前参加机关事业单位养老保险试点个人缴费本息划转至职业年金个人账户金额。

5．企业年金金额：企业年金个人账户累计储存额。

附件5-12

编号：

军人退役基本养老保险参保缴费凭证

金额单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 军人参保基本信息 | | | | | | | |
| 个人编号 |  | | 姓 名 |  | | 性别 |  |
| 公民身份号码 |  | | 安置地地址 |  | | | |
| 退役参加基本养老保险项目 | □机关事业单位基本养老保险 □企业职工基本养老保险 | | | | | | |
| 军人服现役起止时间 |  | | 在军队实际缴费月数 |  | | | |
| 单位缴费金额 |  | | 个人缴费本金 |  | 个人缴费  利息 | |  |
| 军人退役基本养老保险补助  总额 |  | | | | | | |
| 军队单位信息 | | | | | | | |
| 行政区划代码 | 910000 | 单位名称  （部队代号） |  | | | | |
| 电 话 |  | 地 址 |  | | | 邮政编码 |  |

军队财务部门（盖财务专用章）： 经办人：

退役军人本人签字： 退役军人（家属）联系电话：

年 月 日

（本凭证一式三份，一份军队财务部门留存、一份交给本人、一份邮寄至退役军人安置地县级以上社会保险经办机构）

重要提示

1．本凭证是退役军人参加基本养老保险的权益记录，是申请办理军人退役基本养老保险关系转移接续手续的重要依据，请妥善保管。

2．退役军人本人签字时应填写能够联系到本人的联系电话，并确保电话畅通。

3．退役军人本人应按本凭证中所对应的基本养老保险项目，到负责企业职工基本养老保险或机关事业单位基本养老保险的社会保险经办机构，办理军人退役基本养老保险关系转移接续手续，并出具本凭证。

4．本凭证如不慎遗失，请向军队原办理机关申请补办。

附件5-13

编号：

军人退役基本养老保险关系转移接续信息表

账户类别：一般账户 单位：元，月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 军人参保基本信息 | | | | | | | | | | | |
| 个人编号 | |  | 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 出生年月 | |  |
| 公民身份  号码 | |  | 安置地  地址 | |  | | 转出单位  名称 |  | | | |
| 在军队服  现役起始  时间 | |  | 在军队服  现役终止  时间 | |  | | 在军队  实际缴费  月数 |  | 保险关系  转移日期 | |  |
| 军队单位和个人缴费信息 | | | | | | | | | | | |
| 年份 | 缴费起止  时间 | | 缴费  工资 | 缴费  月数 | | 军人退役基本养老保险补助 | | | | | 备注 |
| 小计 | 单位缴费  （12%） | 个人缴费  （8%） | | 个人缴费  当年利息 |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 军人退役基本养老保险补助总额 | | | | | |  |  |  | |  |  |

军队财务部门（盖财务专用章）： 经办人： 联系电话：

年 月 日

（本凭证一式三份，一份军队财务部门留存、一份交给本人、一份邮寄至退役军人安置地县级以上社会保险经办机构）

附件5-14

编号：

军人职业年金缴费凭证

金额单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 军人参保基本信息 | | | | | | | | | |
| 个人编号 | |  | | 姓 名 | |  | 性别 |  | |
| 公民身份号码 | |  | | 安置地地址 | |  | | | |
| 退役参加基本养老保险项目 | | □机关事业单位基本养老保险 □企业职工基本养老保险 | | | | | | | |
| 军人服现役  起止时间 | |  | | | | | | | |
| 军人职业年金补助总额 | |  | | | | | | | |
| 军队单位信息 | | | | | | | | | |
| 行政区划  代码 | 910000 | | 单位名称  （部队代号） | |  | | | | |
| 电话 |  | | 地址 | |  | | 邮政编码 | |  |

军队财务部门（盖财务专用章）： 经办人：

退役军人本人签字： 退役军人（家属）联系电话：

年 月 日

（本凭证一式三份，一份军队财务部门留存、一份交给本人、一份邮寄至退役军人安置地负责机关事业单位养老保险的县级以上社会保险经办机构）

重要提示

1．本凭证是军人职业年金的权益记录，是军人退役时申请办理军人职业年金转移到机关事业单位职业年金或企业年金的重要依据，请妥善保管。

2．退役军人本人签字时应填写能够联系到本人的联系电话，并确保电话畅通。

3．在办理军人退役基本养老保险关系转移手续时，安置到机关事业单位的退役军人，将本凭证交给接收安置单位，退役到建立企业年金的企业单位的退役军人，将本凭证交给用人单位，由安置或用人单位办理军人职业年金转移接续手续。

4．本凭证如不慎遗失，请向军队原办理机关申请补办。

附件5-15

军人退休（供养）证明

（原参保地社会保险经办机构名称或职业年金管理机构）：

同志系我单位（干部、士兵），符合国家规定的（退休、被评为一至四级残疾由国家供养）条件。该同志自年月日至年月日在你处参加了职工基本养老保险（职业年金），请按规定办理基本养老保险关系终止和个人账户储存额的退还手续（支付年金待遇）。

军人所在团级以上单位（盖章）

年 月 日

附件5-16

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 城乡居民基本养老保险关系转移申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | | | 性 别 | |  | | | 出生年月 | | | 年 月 | | | | |
| 公民身份号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 户籍性质 |  | | | | | 民族 | |  | | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 转入地户籍  地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | | | | |
| 原户籍地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人申请: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人此前在其他县(市、区)参加城乡居民养老保险,现申请在本地继续参加城乡居民养老保险。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人： （指纹） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 转入地村民（社区居民）委员会意见： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 该同志户籍已转入我村民(社区居民)委员会,同意该同志从即日起转入城乡居民养老保险关系。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 村（社区）协办员： （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 转入地街道（乡镇）服务所意见：  经审核，该同志符合城乡居民养老保险个人帐户转移条件，同意该同志从即日起转入城乡居民养老保险关系。   审核人: （公章）   年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 转入地县（市、区）城乡居保经办机构意见：  同意该同志城乡居民养老保险关系从即日起转入我辖区。   复核人: （公章）   年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**填表说明**：1．此表原则上由参保人填写，若本人无法填写，可由亲属或村（社区）协办员代填，但须本人签字、签章或按手印确认。2．本表一式两联，转入地街道（乡镇）服务所和转入地县（市、区）城乡居保经办机构各留存一份。

附件5-17

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 河南省城乡居民基本养老保险关系转入 接 收 函 | | | | | | | | | |
| 转入函字[ ]第 号 | | | | | | | | | |
| ：  经审核，同意将同志的城乡居民养老保险关系转入我县（区、市），请予办理相关手续。 | | | | | | | | | |
| 1．申请转移人基本信息: | | | | | | | | | |
| 姓名 | 公民身份号码 | | | 原户籍地址 | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2．请将该同志的个人账户基金汇入下列账户： | | | |  |  |  |  |  |  |
| 账 户 名： | | | | | | | | | |
| 开 户 行： | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 转入地社保机构名称（公章）： | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 地 址： | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 邮 编： | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话： | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 特此函告。 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 填表说明：1．此表由转入地县（市、区）城乡居保经办机构向转出地县（市、区）城乡居保经办机构发出。2．此表一式两份,转入地县（市、区）城乡居保经办机构留存一份作为养老保险关系和基金转入时查询对账的凭据；转出地县（市、区）城乡居保经办机构留存一份，作为参保人员养老保险关系转出的依据。 | | | | | | | | | |

附件5-18

城乡居民基本养老保险关系转出审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | 性 别 |  | | |
| 公民身份号码 |  | | | | | | 出生日期 |  | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | 参保时间 |  | | |
| 居住地址 |  | | | | | | 联系电话 |  | | |
| 转出地村（居）委会 |  | | | | | | 转入地村（居）委会 |  | | |
| 转出地县级 社保机构 |  | | | | | | 转入地县级 社保机构 |  | | |
| 缴费起始时间 |  |  |  | 缴费终止时间 |  |  | 累计缴费年限 |  | | |
| 历年个人账户明细(元) | | | | | | | | | | |
| 年份 | 个人缴费 | 补助（资助） | | 政府补贴 | | | 利息 | 其他 | 至本年末个人账户累计储存额 | 备注 |
| 村 | 其他 | 省 | 市 | 县 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 转出时间 |  | | | | | | | | | |
| 转出金额 |  | | | | 大写 | |  | | | |
| 转出原因 |  | | | | | | | | | |
| 转出地县（市、区、旗）级社保机构意见： | | | | | | | | | | |
| 经审核，该参保人员符合城乡居民基本养老保险转移条件，同意其从即日起转出城乡居民基本养老保险关系和个人账户储存额。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 经办人： | | | | |
|  | | | | | | 年 月 日（签章） | | | | |
| 制表人： |  |  | 经办人： | |  |  | 制表日期： |  |  |  |

**填表说明：**此表由转出地县社保机构通过信息系统打印生成。一式两份，转入地、转出地县社保机构各留存一份。

附件5-19

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 编号： | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 城乡养老保险制度衔接申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (转入地社会保险经办机构): | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 根据《城乡养老保险制度衔接暂行办法》有关规定，本人申请将原在　 省(区、市）　 市（区）　 县（市）建立的养老保险关系（[ ]城镇职工基本养老保险 [ ]城乡居民基本养老保险）转移至你处，特此申请。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **参保人员基本信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 公民身份号 码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 原个人 编 号 |  | | | 户籍地 地 址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请转移至 | ［　］城镇职工基本养老保险　［　］城乡居民基本养老保险 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **转出地社会保险经办机构信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行政区划 代 码 |  | | 社保经办机构名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地 址 |  | | 联系 电话 |  | | | | | 邮政编码 | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | 申请人（签字）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**注:**

参保人员办理城乡居民基本养老保险转入城镇职工基本养老保险的，如就近向其户籍地负责城乡居民养老保险的社会保险经办机构申请的，户籍地负责城乡居民基本养老保险的社会保险经办机构可在“申请人”字样左侧盖章。

附件5-20

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 城乡养老保险制度衔接联系函 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (转出地社会保险经办机构)： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 根据《城乡养老保险制度衔接暂行办法》有关规定，原在你处的参保人员 　　　申请将其养老保险关系( [ ]城镇职工基本养老保险 ［］城乡居民基本养老保险）转至我处，如无不妥，请按相关规定办理转移手续。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **参保人员信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人编号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 姓　名 | |  | 性别 | | |  |
| 公民身份　号　　码 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 户籍地 地 址 | |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请 转移至 | | ［　］城镇职工基本养老保险 ［　］城乡居民基本养老保险 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **转入地社会保险经办机构信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行政区划代 码 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会保险 经办机构 名 称 | |  | | | | |
| 开户全称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 开户银行 全 称 | |  | | | | |
| 开户银行 行 号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 银行账号 | |  | | | | |
| 地 址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  | | | | |
| 经办人（签章）： 转入地社会保险经办机构（章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 电 话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (本函一式两联，一联发给转出地社会保险经办机构，一联留存) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

附件5-21

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 编号： | | | | |
| 城乡居民基本养老保险信息表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | 单 位：元 | |
| 参保人员基本信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个 人 编 号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 姓　名 | | | | | |  | | | | | 性别 | |  | | 出生日期 |  |
| 公民身 份号码 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 户籍地地址 | | |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 缴费起始时间 |  | | | | | | 缴费截止时间 | | | | | | | | |  | | | | | | | | 累计缴费月数 | | | |  | | 个人账户  基金转移额 |  |
| 历年缴费和个人账户信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年份 | 个人缴费 | | | | | | 集体补助 | | | | | | | | | 政府补贴 | | | | | | | 利息 | | | | | 至本年末个人账户累计储存额 | | | 备注 |
| 1 | 2 | | | | | | 3 | | | | | | | | | 4 | | | | | | | 5 | | | | | 6 | | | 7 |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办人（签章）： | | | | | | | | |  |  | 联系电话： | | | | | | | | | | | | | 转出地社会保险经办机构（章）： | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | 年 月 日 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (本表一式两联，一联发给转入地负责城镇职工养老保险的社会保险经办机构，一联留存) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5-22

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 城镇职工基本养老保险信息表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | 单位：元 | | | |
| 参保人员基本信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人 编号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 姓 名 | | | | |  | | | 性别 | |  | | 出生日期 | | |  | | |
| 公民身 份号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 户籍地地址 | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 缴费起始时间 |  | | | | | | | | 缴费截止时间 | | | | |  | | | | | 累计缴费月数 | | |  | | | | 个人账户基金转  移额 | | |  | | |
| 历年缴费明细信息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年份 | 缴费起始时间 | | | | | | | | | | | | | 缴费截止时间 | | | | | | | | 月 数 | | | | | | | 备注 | | |
| 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | 4 | | | | | | | 5 | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办人(签章)： 联系电话： 转出地社保机构(章): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (本表一式两联，一联发给转入地负责城乡居民基本养老保险的社会保险经办机构，一联留存) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5-23

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重复领取养老保险待遇协助抵扣通知单 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (社会保险经办机构) **:**  经查，你处领取城镇职工基本养老保险待遇人员,曾在我处重复领取城乡居民基本养老保险待遇。按照《城乡养老保险制度衔接暂行办法》规定，我单位已追回部分金额。其余部分，请你单位予以协助抵扣,并将协助抵扣金额划转我处。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **参保人员基本信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人编号 | | | |  | | | | 姓名 | | | | | | |  | | | | 公民身份号码 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重复领取起止时间 | | | |  | | | | 重复领取月数 | | | | | | |  | | | | 重复领取基础养老金金额 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 已退回  金额 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 委托协助抵扣金额 | | | | 小写:￥\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 大写: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **社会保险经办机构信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行政区划  代码 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 社会保险经办  机构名称 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开户全称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 开户银行全称 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开户银行  行号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 银行账号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地 址 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | 备注 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |
| 经办人(签章)： 联系电话: 社会保险经办机构(章): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：本通知单一式两联，一联发给委托其协助抵扣重复领取城乡居民基本养老保险待遇的负责城镇职工基本养老保险的社会保险经办机构，一联留存。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 编号: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重复领取养老保险待遇协助抵扣回执 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 原个人  编号 | | | |  | | | | | | 姓名 | | |  | | | | | | | | 公民身份号码 | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 协助抵扣金额 | | | | 小写:￥\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 大写: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 付款社会保险经办机构名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 付款银行名称 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 收款社会保险经办机构名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 收款银行名称 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办人(签章)： 联系电话: 社会保险经办机构(章): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：本回执由负责城镇职工基本养老保险的社会保险经办机构发给负责城镇居民基本养老保险的社会保险经办机构。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5-24

参保人员失业保险关系转迁证明

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_失业保险经办机构：

兹证明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身份证号，原系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_职工)按规定于\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月在本地参加了失业保险，已足额缴费至\_\_\_\_年\_\_\_\_月止，累计缴费\_\_\_\_月，现因工作变动调往工作失业保险关系随之转迁，请予接续。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_失业保险经办机构（章）

年 月 日

附件5-25

参保单位失业保险关系转迁证明

＿＿＿＿＿＿失业保险经办机构：

兹证明＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿按规定于＿＿年＿＿月至＿＿年＿＿月在本地参加了失业保险，参保人数＿＿人，缴费基数单位部分为＿＿元/月，个人部分为＿＿元/月，已足额缴费至＿＿年＿＿月止。该单位已于＿＿年＿＿月成建制转移你地，失业保险关系随之转迁，请予接续。

表：转迁人员名册

＿＿＿＿失业保险经办机构（章）

年 月 日

附件5-26

转 迁 人 员 名 册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号 | 参加工作时间 | 户籍所在地 | 缴纳失业保险费情况 | | | |
| 视同缴费月数 | 累计缴费月数 | 累计欠费月数 | 累计欠费金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件5-27

军人服现役年限视同失业保险缴费年限证明

同志系我单位（干部、士兵），个人服现役有关信息如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 出生年月 |  | 安置地（就业地）  地 址 |  |
| 公民身份号码 |  | | |
| 军队单位名称 |  | | |
| 入伍时间 | 年 月 | 退出现役时间 | 年 月 |
| 实际服役时间视同失业保险缴费年限 | | （ ）年（ ）月 | |

请按规定办理失业保险相关手续，并将其实际服役时间视同缴费年限，记入失业保险个人缴费记录。

×××单位后勤（联勤、保障）机关财务部门：（盖章）

年 月 日

经办人： 联系电话：

（本证明一式两份，一份军队财务部门留存、一份交给本人）

重要提示

1．本证明是退役军人失业保险的权益记录，是办理失业保险相关手续的重要凭证，请妥善保管；

2．本证明如在办理失业保险相关手续前不慎遗失，请向军队原办理机关申请补办；

3．办理失业保险相关手续时，请将本证明交当地失业保险经办机构。

附件6-1

机关事业单位工作人员XXXX缴费年度

缴费工资基数申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 社会保险登记编号 | 单位简称 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 单位申报XXXX年  月平均工资 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：  1．XXXX年度新进入（含从企业调入）机关事业单位工作的人员，“单位申报XXXX年月平均工资”一栏填写为起薪月工资，用于XXXX年X月至XXXX年X月缴费。  2．“单位申报XXXX年月平均工资”一栏，填报时要四舍五入精确到元。 | | | | | | | |

附件8-1

河南省企业职工基本养老保险参保人员

退休（退职）表

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 社会保障号码 |  |
| 身份证号码 |  |
| 单位 |  |
| 单位编码 |  |

河南省人力资源和社会保障厅印制

填 表 说 明

1．本表由职工所在单位填写、初审，主管部门复核，并加盖经办人、呈报单位、主管部门印章后连同职工本人档案等相关材料，报人力资源和社会保障行政部门办理退休（退职）手续。

2．凡政策明确规定经职工本人申请方可办理退休（退职）手续的，“本人退休（退职）申请”栏必须经职工本人填写、签字，其他达到退休（退职）条件的职工可自愿填写、签字，也可不签字。

3．凡政策明确规定办理退休（退职）前必须公示的，“单位及主管部门意见”栏中关于公示的内容必须根据公示情况如实填写，其他达到退休（退职）条件职工所在单位及其主管部门，可结合工作实际进行公示并填写相关内容，也可不公示、不填写。

4．工作单位、工种等发生变动的，要在主要工作经历栏详细填写清楚。

5．本表各项内容必须认真填写。凡未经行政部门工作人员同意并加经办人印章的涂改，一律无效。

6．本表从2014年1月1日起使用，本表一式三份（参保人员本人档案、企业养老保险经办机构、办理机关各存一份）。

7．职工经人力资源和社会保障行政部门签章办理退休手续后，本表转送企业养老保险机构核发待遇。退休（退职）人员从人力资源和社会保障行政部门签章办理退休手续的下一月起按月领取养老金（或一次性领取待遇，终止养老保险关系）。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | （贴照片） |
| 出 生  时 间 | 年 月 | | 参加工作  时 间 | | 年 月 |
| 民 族 |  | | 视同缴费  年 限 | |  |
| 工种、工作岗位 |  | | 专业技术  职 称 | |  |
| 退休  （退职）  依据 | 1．符合国务院国发〔1978〕104号文件第 条 项规定。  2． | | | | | |
| 退休后  安置  地点 |  | | | 邮政编码 | |  |
| 联系电话 | |  |
| 主要  工作  经历 | 起止时间 | | | 工作单位 | | 工种（职务） |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| 其中 | 从事特殊工种名称： | | | | |
| 特殊工种文件字号： | | | | |
| 从事特殊工种累计时间： 年 个月 | | | | |
| 工龄  扣减  情况 | 起止时间 | | | 事 由 | | 扣减时间 |
|  | | |  | | 年 个月 |
|  | | |  | | 年 个月 |
|  | | |  | | 年 个月 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人  退休  （退职）  申请 | （身份证复印件粘贴处）  签字：  年 月 日 |
| 单位及  主管部  门意见 | 同志基本情况已按规定于年月日至年月日进行了公示，公示期未有异议。经初步审核，同意该同志办理退休（退职）手续。  经办人： 呈报单位盖章 主管部门盖章  年 月 日 年 月 日 |
| 人力资  源和社  会保障  行政部  门意见 | 同意退休（退职）。从下月起按月支付基本养老金（或一次性支付待遇，终止基本养老保险关系）。  经办人： 退休退职专用章  年 月 |
| 企业养  老保险  经办机  构意见 | 从人力资源和社会保障行政部门同意退休（退职）下月起，按月计发基本养老金（或一次性支付）。见《退休人员养老保险待遇计算单》。  经办人： 审核人： 业务专用章  年 月 |

附件8-2

河南省企业职工基本养老保险参保人员退休办理表

单位简称： 单位编码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证号 | |  | | | | 照片 |
| 性 别 |  | | 民 族 | | | |  | |
| 出生时间 |  | | 参加工作时间 | | | |  | |
| 退休（退职）依 据 | 1. 符合国务院国发〔1978〕104号文件第 一条 一项规定。 | | | | | | | |
| 提供资料  依据 | 经办人签名： | | | | | | | | |
| 退休类别 | 正常退休（ ）、特殊工种提前退休（ ）、因病提前退休（ ）、其它（ ） | | | | | | | | |
|
| 特殊工种  情况 | 从事特殊工种名称 | | | |  | | | | |
| 特殊工种文件字号 | | | |  | | | | |
| 从事特殊工种累计时间 | | | | 年 个月 | | | | |
| 主要工作  简历 | 起止时间 | | | | 工作单位 | | | | 工种（职务） |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
|  | | | |  | | | |  |
| 视同缴费 减少情况 | 起止时间 | | | | 事 由 | | | | 减少时间 |
|  | | | |  | | | | 年 月 |
|  | | | |  | | | | 年 月 |
| 本人对基本信息相关情况确认 | 签名： | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | |
| 单位及主管部门意见 | 同志基本情况已按规定于 年 月 日至 年 月 日进行了公示，公示期未有异议。经初步审核，该同志符合退休条件，同意退休。 | | | | | | | | |
| 经办人： 呈报单位盖章 主管部门盖章 | | | | | | | | |
| 年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| 经办机构  意见 | 经核定，该参保人员于 年 月符合企业职工基本养老保险退休办理条件，从办理次月起领取基本养老金（或一次性支付待遇，终止基本养老保险关系）。 | | | | | | | | |
| 经办人： 复核人： 业务专用章 | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |  | |
|  |  | |  | |  | 经办时间： | 年 月 日 | |

附件8-3

特殊工种提前退休申请书

姓名： 性别：

身份证号：

工作单位：

从事特殊工种性质：

符合《国务院关于工人退休、退职的暂行办法》（国发〔1978〕104号）第一条第（二）项规定的企业职工，本人可申请提前退休。但提前退休会给退休待遇带来以下影响：

**一、提前退休减少缴费年限**

根据国家和我省企业职工基本养老保险参保人员养老金计算办法，基本养老金是由基础养老金和个人账户养老金等组成，其中，基础养老金月标准与缴费年限紧密相关，每缴费满1年发给1%。提前退休将减少职工的缴费年限，进而降低养老金标准。

**二、提前退休影响调待幅度**

基本养老金调整政策与缴费年限挂钩，缴费年限越长，基本养老金调整幅度越高。提前退休会减少缴费年限，将影响未来基本养老金增长幅度。

综上，提前退休使缴费年限刚性减少，核算的基本养老金相对正常退休将相应降低，并且影响以后基本养老金调整增长幅度。

**本人已认真阅读以上信息并清楚基本养老金相关政策，知晓提前退休给基本养老金计发以及未来调整带来的影响。填报信息已确认无误。**

提前退休申请人（签字确认）：

提出申请时间： 年 月 日

附件8-4

|  |
| --- |
| 公示结论（样式）  XXXXXXXXX人力资源和社会保障局（社会保险经办机构）：  我单位 年 月份申报 人按特殊工种提前退休，已经初审，并与 年 月 日至 月 日在 （何地）进行了公示，公示具体情况如下：  …… |
| 现将公示无异议人员名单上报你处。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生时间 | 工种及年限 | 工作单位 | 呈报单位 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |

具体经办人：

工会负责人： 企业人力资源（劳动人事部门）负责人：

工会签章： 企业人力资源（劳动人事部门）签章：

企业负责人：

企业签章：

年 月 日

附件8-5

河南省企业职工基本养老保险退休人员信息更正表

申报单位（公章）：年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  | | |
| 个人编号 |  | 退休时间 |  |
| 更正前 | 档案出生年月 |  | 工作时间 |  |
| 工龄扣减情况 |  | | |
| 更正后 | 档案出生年月 |  | 工作时间 |  |
| 工龄扣减情况 |  | | |
| 政策依据 | 豫人社函[2009]261号文件第三条规定，由于企业、个人未能及时提供档案资料或资料不全造成参保人员相关信息失实的，在企业、个人补充完善档案资料后，有关部门应当据实予以纠正，并在纠正的下个月起按重新核定的标准发放基本养老金，之前的基本养老金差额社会保险经办机构不负责补发。 | | | |
| 社会保险经办机构意见 | 同意更正。依据豫人社函〔2009〕261号，由此产生的待遇调整从 年  月起执行。  经办人： 审核人： 审签人：  年 月 日 | | | |
| 说明：1. 参保企业认真填写退休人员信息更正前后基本情况。  2. 本表一式两份。经办机构和职工档案各存一份。 | | | | |

附件9-1

机关事业单位退休人员临时退休待遇申领表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： | | | |  | 社会保险登记证编码： | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 公民身份号码 |  | | |
| 出生时间 |  | 参加工作 时间 |  | 退休时间 |  | 退休类别 |  |
| 拟发放临时退休待遇 | 2014年9月工作人员本人的基本工资标准×计发比例 （职务/岗位工资830＋级别/薪级工资1152）×90% | | | | |  | 临时退休待遇 合计： |
| 按照豫人社薪〔2016〕4号文件规定增加的“预增发”退休费 | | | | |  |
| 2014年9月工作人员本人职务职级（技术职称）等对应的退休补贴标准 | | | | |  |
| 1993年工改保留的物价福利补贴 | | | | |  |
| 教龄津贴 | | | | | / |
| 护龄津贴 | | | | | / |
| 特级教师津贴 | | | | | / |
| 视同缴费年限 扣减情况 |  | | | | | 扣减月数 |  |
| 申报单位意见 |  | | | | | | |
| 经办人： |  |  | |  |  |  |
| 社保经办机构意见 | 同意自退休次月起，按豫人社办〔2017〕89号文件计发临时退休待遇。 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 经办人： |  | 复核人： |  |  | （盖章） | |
| 备注：1. | 2014年10月以来职务降低人员，申领临时退休待遇时按降低后的标准填写； | | | | | | |
| 2. | 本表一式两份，申报单位、社保经办机构各一份。 | | | | | | |

附件9-2

机关事业单位人员基本信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 打印时间： | | | | | |
| **个人信息** | | | | | |
| 单位编号 |  | 单位名称 |  | | |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | 姓 名 |  |
| 出生日期 |  | 档案出生日期 |  | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 文化程度 |  | 户口性质 |  |
| 户籍所在地 |  | | |  |  |
| 联系电话 |  | 备用联系手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 邮政编码 |  | 参加工作日期 |  | 首次参保  年月 |  |
| 个人身份 |  | 内部编号 |  | 特殊人群 类别 |  |
| 原退休待遇 来源 |  | 待遇发放状态 |  | 待遇发放  方式 |  |
| **退休时人事信息** | | | | | |
| 人员类别 |  | 工资类型 |  | 职务/职称/  技术等级 |  |
| **退休时信息** | | | | | |
| 编制类型 | 事业编制 | 退休日期 |  | 退休类别 |  |
| 扣减工龄 (月数) |  | 实际工作年限月数 |  | 折算工龄 月数 |  |
| 建国前参加革命工作老工人每年加发生活补贴月数 | | | |  | |
| 开户银行 |  | 开户银行名称 |  | | |
| 银行户名 |  | 银行账号 |  | | |
| **按豫人社[2016]10号退休待遇(统筹内项目)** | | | | | |
| 基本退休  (退职)费 |  | 退休(退职)  生活补贴 |  | 保留福补 |  |
| 教龄津贴 |  | 护龄津贴 |  | 特级教师津贴 |  |
| 因公致残人员  护理费 |  | 基本养老金 |  | 养老金增资  累计 |  |
| 退休待遇合计 |  | | | | |

附件9-3

机关事业单位退休人员养老保险待遇申领表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： |  |  | | 社会保险登记证编码： | |  |  |
| 姓 名 |  | 公民身份号码 |  | | | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 人员类别  （身份） |  | 出生时间 |  | 参加工作  时间 |  |
| 退休时间 |  | 退休类别 |  | 工作年限 |  | 建立个人 账户时间 |  |
| 从事特殊 工种类别 |  | 从事特殊工种名称名称 |  | 特殊工种 文件字号 |  | 从事特殊工种 累计时间 | 年 月 |
| 2014年9月职务职级（技术  职称） |  | 2014年9月职务职级（技术职称）对应的工资档次 |  | 退休时职务职级（技术职称） |  | 退休时职务职级（技术职称）对应的工资档次 |  |
| 是否为2014年10月以来职务(技术职称)升降人员 |  | 2014年10月以来职务（技术职称）升降时间 |  | 2014年10月以来升降后的职务（技术  职称） |  | 2014年10月以来升降后的职称（技术职称）对应的工资档次 |  |
| 通信地址 |  | | | 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 退休依据 |  | | | | | | |
| 2014年9月工资情况（纳入退休费核定基数项目） | 1、2014年9月基本工资标准： | | | | | | |
| 2、2014年9月职务职级（技术职称）等对应的退休补贴标准： | | | | | | |
| 3、按照国办发〔2015〕3号文件规定相应增加的退休费标准： | | | | | | |
| 职务升降后工资情况（纳入退休费核定基数项目） | 1、职务升降后对应的2014年9月基本工资标准： | | | | | | |
| 2、职务升降后对应的2014年9月职务职级（技术职称）等对应的退休补贴标准： | | | | | | |
| 3、职务升降后对应的按照国办发〔2015〕3号文件规定相应增加的退休费标准： | | | | | | |
| 主要工作 经历 | 起止时间 | | 工作单位 | | | 职务职级（技术职称）、工种等身份情况 | 视同缴费年限 是否扣减 |
| — | |  |  |  |  |  |
| — | |  |  |  |  |  |
| — | |  |  |  |  |  |
| — | |  |  |  |  |  |
| — | |  |  |  |  |  |
| — | |  |  |  |  |  |
| — | |  |  |  |  |  |
| — | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位意见： | | | | |  | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | 经办人： | |  |  |  |  | （盖章） |  |
|  | | | | | 年 月 日 | | | |
| 主管部门意见： | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | 经办人： | |  |  |  |  | （盖章） |  |
|  | | | | | 年 月 日 | | | |
| 社保经办机构意见： | | | | |  |  |  |  |
| 经核，该同志符合机关事业单位养老保险待遇领取条件，同意自 年 月起，按  月发放基本养老金。职业年金待遇按豫政办〔2015〕145号文件规定另行领取。 | | | | | | | | |
|  | 经办人： | |  | 复核人： | |  | （盖章） |  |
|  |  | |  | 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| 备注: | | 1、2014年10月以来职务（技术职称）多次升降人员，“2014年10月以来职务（技术职称）升降时间”、“2014年10月以来升降后的职务（技术职称）”、“2014年10月以来升降后的职务（技术职称）对应的工资档次”栏，按最后一次职务（技术职称）升降对应内容填写。 | | | | | | |
| 2、本表一式三份，申报单位、社保经办机构各留存一份，存入本人档案一份。 | | | | | | |

附件9-4

机关事业单位退休人员基本养老金计算单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： |  | | | 社会保险登记编号： | |  | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 公民身份号码 |  | | |
| 出生时间 |  | 参加工作时间 |  | 退休时间 |  | 退休类别 |  |
| 人员类别 （身份） |  | 2014年9月职务职级（技术职称） |  | 退休时职务职级（技术职称） |  | 特殊工种类别 |  |
| 视同缴费 年限（月） |  | 实际缴费 年限（月） |  | 工作年限 （不含折算） |  | 改革前特殊工种折算年限（月） |  |
| 养老保险建立 个人账户时间 |  | 职业年金建立 个人账户时间 |  | 退休时基本养老保险个人账户累计储存额 |  | 退休时职业年金个人账户累计储存额 |  |
| 退休时全省 上年度在岗职工月平均工资 |  | 实际平均 缴费指数 |  | 视同缴费 指数 |  | 本人平均 缴费指数 |  |
| 老办法待遇 | 2014年9月基本工资标准×计发比例 | |  | | | | |
| 2014年9月职务职级（技术 职称）等对应的退休补贴标准 | |  | | | | |
| 按照国办发〔2015〕3号和豫政办〔2015〕89号文件规定相应增加的退休费标准 | |  | | | | |
| 按豫人社办〔2019〕21号文件规定因职务升降而形成的累计待遇差 | |  | | | | |
| 老办法待遇计发标准= | | | | | | |
| 新办法待遇 | 基础养老金 | |  | | | | |
| 过渡性养老金 | |  | | | | |
| 个人账户养老金 | |  | | | | |
| 职业年金 | |  | | | | |
| 新办法待遇计发标准= | | | | | | |
| 最终退休待遇 | 基本养老金= | | | | | | |
| 职业年金= | | | | | | |
| 该同志符合机关事业单位养老保险待遇领取条件，同意自 年 月起，按月发放基本养老金4915.07元。职业年金待遇按豫政办〔2015〕145号文件规定另行领取。   社保经办机构（章）  20xx年xx月xx日 | | | | | | | |
| 备注：本表一式三份，申报单位、退休人员、社保经办机构各一份。 | | | | | | | |

附件9-5

机关事业单位养老保险职业年金个人账户

记实补记通知单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通知单流水号： |  |  |  | 单位：元 |
| 单位简称 |  | 单位编号 |  | |
| 姓 名 |  | 公民身份号码 |  | |
| 省内机关事业单位财政全额供款人员职业年金单位缴费虚账记实（财政拨付） | 记实起止时间 |  | 记实月数 |  |
| 记实原因 |  | 记实金额 |  |
| 改革前原试点个人缴费本息划转至本人职业年金账户（财政拨付） | 原试点个人缴费 本息划转至今 本息合计 |  | 其中改革时划转 |  |
| 其中改革后计息 |  |
| 参保人员正式调动或辞职、辞退手续离开机关事业单位补记职业年金 | 补记原因 |  | 2014年9月本人月工资收入纳入个人缴费基数金额 |  |
| 补记起止时间 |  | | |
| 改革前本人在机关事业单位工作年限（月数） |  | 补记金额 |  |
| 备注：  1、改革前原试点个人缴费本息划转至本人职业年金账户，其中不能实账方式划入、采取记账方式划转的，由同级财政拨付记实。 | | | | |
| 2、参保人员办理了正式调动或辞职、辞退手续离开机关事业单位的，根据改革前本人在机关事业单位工作的年限长短补记职业年金，以实账方式划转至本人职业年金个人账户。省内机关事业单位财政全额供款人员所需资金由同级财政拨付补记，省内机关事业单位非财政全额供款人员和中央驻豫机关事业单位工作人员所需资金由原经费保障渠道解决。 | | | | |
| 经办人： | 复核人： | 社保经办机构：（盖章） | | 日期： |

附件9-6

机关事业单位退休人员基本养老金

与临时退休待遇差额明细表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | |  |  |  |  | 公民身份号码： | |  |  |
| 序号 | 起止时间 | 结算月数 | 临时退休待遇 月实际发放额 | | | 基本养老金 月应发放额 | 基本养老金与临时退休待遇发放差额（月） | 基本养老金与临时退休待遇发放差额小计 | 备注 |
| 月发临时退休待遇 | 补扣发 金额 | 小计 |
| 甲栏 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1．“临时退休待遇月实际发放额”或“基本养老金月应发放额”有变动的，分行显示。 | | | | | | | | | |
| 2．“基本养老金与临时退休待遇发放差额（月）”、“基本养老金与临时退休待遇发放差额小计”，正值为应补发，负值为应扣回。 | | | | | | | | | |
| 3. 平衡关系：5=3+4 7=6-5 8=2×7 | | | | | | | | |  |

附件9-7

机关事业单位退休（职）人员死亡待遇申报表

单位名称： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码  （有效身份证件） |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  |
| 死亡时间 | 年 月 | 实际终止年月 | 年 月 |
| 退休类别 | □退休 □退职 | 死亡原因 | □烈士 □因公牺牲  □病故 □其他 |
| 安葬方式 | □火葬 □火化区非民族原因土葬  □少数民族土葬 □非火化区土葬 □其他 | | |
| 参保单位意见  **同意报送，以上事项填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。**  单位经办人： 单位负责人： 单位名称（盖章）：  填表日期： 年 月 日 | | | |
| 社保经办机构意见：  经办人： 复核人： 社保经办机构：（盖章）  办理日期： 年 月 日 | | | |

备注：此表一式两份,社保经办机构一份,参保单位一份。

附件9-8

机关事业单位退休（职）人员死亡待遇核定表

单位名称： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码  （有效身份证件） |  | 性 别 |  |
| 退休时间 |  | 退休类别 |  | 死亡时间 |  |
| 死亡原因 |  | 安葬方式 |  | 发放途径 |  |
| 月养老金 |  | 本人生前月基本  退休费 |  | 职业年金 |  |
| 基本养老保险个人账户  余额 |  | | 职业年金  个人账户余额 |  | |
| 上年度全国城镇居民  人均可支配收入 | | |  | 多领养老金月数 |  |
| 经审核，同意支付：  丧葬补助费元，  一次性抚恤金元，  基本养老保险个人账户余额元，  职业年金个人账户余额元，  调整结算金额元，  多领养老金扣回元，  合计元。 | | | | | | |
| 社保经办机构意见: (盖章)  经办人： 复核人： 审核人：  打印日期： | | | | | | |

备注：

1．调整结算金额指：因基本养老金调整造成已故退休人员养老金多发、少发及多扣，而进行结算补发或收回的资金，正为补发，负为拨付；

2．本表一式三份，参保单位、退休人员继承人和社保经办机构各存一份。

附件9-9

机关事业单位退休人员养老保险待遇停发（续发）

申 报 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： 单位编号： | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 公 民 身份号码 |  | | |
| 出生时间 |  | 参 加 工作时间 |  | 退休时间 |  | 退休类别 |  |
| 申报类型 | 暂停（ ） 恢复（ ） | | | 暂停或 恢复原因 |  | | |
| 申报单位意见： | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| 单位经办人 |  |  | 单位负责人 |  |  | 单位名称（盖章） |  |
|  |  |  |  | 日期： | 年 月 日 | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1．养老保险待遇暂停原因：①死亡②重复领取养老保险待遇③未按要求进行生存状况认证④经人民法院宣告死亡⑤经人民法院宣告失踪⑥受刑事处罚⑦被刑事拘留在逃或批准逮捕在逃⑧因违纪取消退休待遇⑨改革改制等特殊原因需要停发退休待遇； | | | | | | | |
| 2．养老保险待遇恢复原因：①重复领取养老保险待遇已清理完成②已按要求进行生存状况认证③经人民法院撤销死亡宣告④经人民法院撤销失踪宣告⑤公安机关撤销案件或人民检察院不起诉或人民法院宣告无罪、免于刑事处罚，未被收容教育、强制隔离戒毒、劳动教养、行政拘留，且未被追究政纪责任的⑥ 受到刑事处罚后，经再审宣告无罪或免于刑事处罚，且不追究政纪责任的。 | | | | | | | |

附件9-10

＿＿＿年调整机关事业单位退休人员基本养老金补拨计划

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位：人、元 | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 单位编号 | 单位简称 | 2019年12月底前退休（职）人数 | 2019年12月 基本养老金合计 | 2020年基本养老金调整 | | | | | 补发月数 | 补发金额 |
| 定额调整 | 缴费年限 挂钩调整 | 基本养老金挂钩调整 | 倾斜调整 | 调整合计 |
| 甲栏 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：  1．2019年12月底前退休（职）人数：指2020年7月底编制本计划时为正常领取状态且符合2020年调整基本养老金条件的退休人员，不包括此前已办理死亡结算手续的退休人员。 | | | | | | | | | | | | |
| 2．平衡关系：7=4×1% 9=5+6+7+8 11=9×10 | | | | | | | | | | | | |
| 经办人： | |  | 复核人： |  | | 审核人： |  |  | | 审批人： |  |

附件9-11

＿＿＿年调整机关事业单位已死亡退休人员基本养老金补拨计划

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位：人、元 | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 单位编号 | 单位简称 | 已死亡退休人数 | 2019年12月 基本养老金合计 | 2020年基本养老金调整 | | | | | 补发金额 | |
| 定额调整 | 缴费年限 挂钩调整 | 基本养老金 挂钩调整 | 倾斜调整 | 调整合计 |
| 甲栏 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1、已死亡退休人数是指2019年12月31日之前退休、2020年1日1日之后死亡的退休人员。  2、平衡关系：9=5+6+7+8 | | | | | | | | | | | |
| 经办人： 复核人： 审核人： 审批人： | | | | | | | | | | |

附件9-12

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： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 公民身份号码  （有效身份证件） | |  | |
| 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 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 参保单位需说明的情况:  单位经办人: 单位负责人： 单位名称：（盖章）  填表日期： 年 月 日 | | | | | | |

**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。

3．社会保险登记编号：参保单位社会保险登记证记录的社会保险登记编号。

4．姓名、公民身份号码：按照参保人员有效身份证件上的相关信息填写。

5．变更项目：参保人员变更登记的事项。

6．变更前内容：参保人员变更登记事项在现有社会保险登记中的内容。

7．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。

8．备注: 参保单位申报办理变更登记的项目和内容中，需要注明的事项。

9．参保单位需说明的情况：有需要说明情况的，填写本项目。

附件9-13

追 缴 通 知 书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号： |  |  | 单位名称： |  |  |
| 社会保障号码 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 出生日期 |  | 参加工作日期 |  |
| 冒领金额 | | | | | |
| 应退款金额 |  | 已核销金额 |  | 已退回金额 |  |
| 待追回信息 | | | | | |
| 待追回金额（小写） | |  |  |  |  |
| 待追回金额（大写） | |  |  |  |  |
| 请将冒领的金额汇至社保财政专户，户名： 账号： | | | | | |
| 社保经办机构意见：（盖章） | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 打印日期： |  |

附件11-1

接 收 函

＿＿＿＿＿＿失业保险经办机构：

现有＿＿＿＿（身份证号码为）失业保险金、医疗保险费、职业培训补贴、职业介绍补贴等费用需从你方转入我单位账户，现将账户提供如下：

户名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

账号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

开户行：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

联系电话：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（单位公章）

年 月

附件11-2

失业人员失业保险关系转迁证明

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市失业保险经办机构：

兹证明失业人员\_\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）失业前按规定于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月在本地参加了失业保险，已足额缴费至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月止。因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_中断就业，经审核，符合失业保险金领取条件，已于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日办理失业保险金申领登记，应享受失业保险待遇\_\_\_\_\_个月，已享受失业保险金、缴纳城镇职工医疗保险\_\_\_\_\_个月。现依据本人申请，将失业保险关系迁往户籍所在地，请予接续。

按照《失业保险金申领发放办法》的规定。失业保险关系转迁需划转的失业保险费用为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元现予以划转。

申请人（签字）： xx市社保经办机构：（公章）

年 月 日 年 月 日

附件11-3

失业人员职业培训补贴申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 职业介绍机构  名 称 |  | | 法人代表 |  |
| 职业介绍机构  地 址 |  | | 邮 编 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  | |
| 申请人（签字） |  | 联系电话 |  | |
| 本申请期补贴  人 数 |  |  |  | |
| 申请补贴资金  （大写） |  | | | |
| 我单位承诺本申请表所填列内容皆为真实正确，如有失实，我单位愿承担全部责任。  法人签名**:**  单位名称：（加盖公章） 年 月 日 | | | | |

附件11-4

失业人员职业介绍补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职业介绍  机构名称 |  | | | 法人代表 |  |
| 职业介绍  机构地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 | |  | |
| 申请人（签字） |  | 联系电话 | |  | |
| 申请期补贴 人数 |  |  | |  | |
| 申请补贴资金（大写） |  | | | | |
| 部门意见： | | | 审批人意见： | | |
|  | | |  | | |
| 经办人（签章）： 复核人（签章）:  年 月 日 | | | 审批人（签章）：  年 月 日 | | |

附件11-5

用人单位就业安置补助申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称  （全称） |  | 单位编号 |  |
| 单位地址 |  | 单位法人 |  |
| 单位成立时间 |  | 联系电话 |  |
| 安置人数 |  | 申请补助  月数 |  |
| 申请单位  意见 | 我单位保证所报送的所有资料真实、完整。若发现有虚报，不符合事实等现象我们愿承担由此引起的一起法律责任。  法定代表人或单位主要负责人(签字)：  （加盖公章）  年 月 日 | | |
| 备 注 |  | | |

附件11-6

企业内部培训补贴申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | 法人代表 |  |
| 企业地址 |  | | 邮政编码 |  |
| 工商注册  号码 |  | | 基本账户银行账号 |  |
| 社会保险  登记证号 |  | | 社会统一信用代码 |  |
| 单位经办人员姓名 |  | | 单位经办人联系  电话 |  |
| 主要培训  措施 | 技能提升培训 □  转岗培训 □  创业培训 □ | | 企业内部培训人数 | 人 |
| 依法参加失业保险足额缴纳失业  保险费 | 是□ 否□ | | 上年度企业缴纳失业保险费 | 万元 |
| 企业内部培训支出费用 | 万元 | | 企业申请内部培训金额 | 万元 |
| 申请企业对提交资料真实性承诺 | | | | |
| 以上申请内容和提交资料均属真实，如有虚假，本单位愿承担相应法律责任。  单位经办人： 负责人（法人）： 申请企业（公章）：  年 月 日 | | | | |
| 备 注 | |  | | |

附件12-1

河南省工伤职工旧伤复发就医申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 社会保障号 |  | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | | 联系地址 |  | | | | | |
| 工伤发生  时 间 |  | 工伤认定  时 间 |  | | 工伤建档  时间 |  | 劳动能力  鉴定级别 | |  |  | |
|  |
|  |
| 伤残部位  及程度 |  | | | | | 首诊时间 | 年 月 日 | | | | |
| 鉴定时间 | 年 月 日 | | | | |
| 上次医疗  终结时间 | 年 月 日 | | | | |
| 协议医疗  机构意见  (详细填写  病史、诊  断依据) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | （印章） | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主治医师： | | 科主任： | | |  | 年 | 月 | | 日 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 用人单位  意见 |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | | |  |
| 经办人: | | 审批人: | | |  | 年 | 月 | | 日 |  |
| 工伤保险  经办机构  意见 | 经审核，该工伤职工的伤情及申请医疗机构专家会诊意见，符合工伤保险相关规定，同意旧伤复发治疗，期限不超过 天，期间符合工伤保险规定的费用由工伤保险基金支付。 | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | （印章） | | |  |
| 经办人: | | 审批人: | | |  |  | 年 | | 月 | 日 |
| 备 注 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件12-2

河南省工伤职工转诊转院治疗申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 社会保障号 | | |  | | | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | | 联系地址 | | |  | | | | | | |
| 工伤发生  时间 | 年 月 日 | | | 工伤认定  时间 | 年 月 日 | | | | 工伤建  档时间 | | | |  | | |
| 伤残部位 |  | | | | | | | | 工伤职  工或家  属签字 | | | |  | | |
| 需转医院 |  | | | | 治疗项目 | | |  | | | | 拟转外治  疗期限 | |  | |
| 协议医疗机  构意见(病  史、诊断和  治疗经过、  专家会诊意  见和转诊原  因) |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | （印章） | |  |
| 主治医师： 科主任： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位  意见 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | （印章） | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 经办人: | |  |  | 审批人: | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  | 年 | 月 | 日 |
| 工伤保险经  办机构意见 | 经审核，该工伤职工的伤情及申请医疗机构专家会诊意见，符合工伤保险相关规定，同意转往 就医，期限不超过天，期间符合工伤保险规定的费用由工伤保险基金支付。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 出发城市地： | |  |  |  | 转外城市地： | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | （印章） | |  |
| 经办人: |  |  | 审批人： | |  |  |  | |  | 年 | | 月 | 日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 备 注 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |

附件12-3

河南省工伤职工异地居住就医申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性  别 | | |  | | 年  龄 | | |  | | 社会保障号 | | |  | | | | | | | |
| 工伤发生  时间 | 年 月 日 | | | | | | | | 工伤认定  时间 | | | | 年 月 日 | | | | 工伤建档  时间 | | | |  | | | |
| 伤残  部位 |  | | | | | | | | | | | | 鉴定  级别 |  | | 在职□  退休□ | | | 工作  状态 | | 在职□ 退休□ | | | |
| 单位  联系人 |  | | 单位  联系  电话 | | | | |  | | | | | 单位  地址 |  | | | | | | | | | | |
| 异地居住  地址 |  | | | | | | | | | | | | 联系  人 |  | | | | | 联系  电话 | |  | | | |
|  | | | |
| 选择异地  医疗机构  情况 | 选择异地定点工伤医疗机构名称 | | | | | | | | | | | 级 别 | | 地址 | | | | | | | 电话 | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| 选择理由： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 选择异地定点工伤医疗机构（印章）  异地社会（医疗）保险机构（印章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位  意见 |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | | | |  |
| 经办人: | | | | | | | | | 审批人: | | | | |  |  |  |  | 年 | | | | 月 | 日 |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 统筹地区  工伤保险  经办机构  意见 | **同意异地选择定点医疗机构治疗工伤，治疗期限到 年 月，治疗工伤所需费用先由用人单位或个人垫付。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | （印章） | | |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | 审批人： | | | | |  |  |  |  |  | |  |
| 经办人: | | | | | | | |  |  |  |  |  | 年 | | | | 月 | 日 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

附件12-4

河南省工伤职工康复治疗申请表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 社会保障号 | |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | | 联系地址 |  | | | | |
| 工伤发生  时间 |  | 伤残等级 |  | 工伤建  档时间 |  | 生活护理依  赖程度 | |  | | |
| 伤残部位  及程度 |  | | 上次医疗终结  时间 | |  | 申请康复治  疗时间 | |  | | |
| 协议医疗  机构意见  (详细填  写病史、  诊断及治  疗经过；  建议康复  的理由和  拟康复治  疗机构的  名称) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | |
| 主治医师： | | 科主任： | | | | 年 | | 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办人: | | 审批人: | | | | 年 月 日 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工伤保险  经办机构  意见 | **经审核，该工伤职工的伤情及申请医疗机构专家会诊意见，符合工伤保险相关规定，同意康复治疗，期限不超过 天，期间符合工伤保险规定的费用由工伤保险基金支付。** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | （印章） | |
| 经办人: | | 审批人: | | | | 年 | | 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |

附件12-5

河南省工伤职工康复治疗期延长申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称： | |  | | | | 档案编号： | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 年 龄 |  | 社会保障号 | |  | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | | 联系地址 |  | | | | | |
| 工伤发生  时 间 |  | 工伤认定  时 间 | |  | 工伤建档  时间 |  | 原医疗  期限 | | 年月日至  年月日 | | | |
| 伤残部位  及程度 |  | | | | | |
| 首诊医院 |  | | | | 原出院情况及诊断 | |  | | | | | |
| 协议医疗  机构意见 | 1.伤情（含职业病）摘要及救治情况： | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.延长治疗期事由、期限： | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | （印章） | | | |  |
| 主治医师： | |  | 科主任： |  |  |  | 年 | | 月 | 日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 用人单位  意见 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | （印章） | | | |  |
| 经办人: |  |  | 审批人: |  |  |  | 年 | | 月 | 日 |  |
|  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
| 工伤保险  经办机构  意见 | 经审核，该工伤职工的伤情及申请医疗机构专家会诊意见，符合工伤保险相关规定，同意延长原申请项目下治疗期限天，期间符合工伤保险规定的费用由工伤保险基金支付。  （印章）  经办人:审批人:年月日 | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |

附件12-6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 河南省工伤保险辅助器具配置（更换）核定表 | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称： | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障号 |  | | | |
| 联系人 |  | | 联系  电话 |  | | | 联系地址 |  | | | |
| 伤残 部位 |  | | | | | | 配置辅助器具  确认书编号 | | |  | |
| 首次配置时间 |  | | 首次更换时间 | |  | | 上次更换  时间 |  | | 工伤建档 时间 |  |
| 批准异地往返城市 | | 出发城市： 到达城市： | | | | | | 核准 类型 |  | 配置□ 更换□ | |
| 劳动能力鉴定委员会确认的辅助器具配置项目 | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 产品 名称 | | 产品编号 | | 主要部件和材料要求 | | | | 最高支付限额 | | 最低使用年限 |
| 1 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 2 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 3 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 4 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 5 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 根据《工伤保险辅助器具配置管理办法》等有关规定，本人或家属自愿选择的协议辅助器具配置机构为：。 | | | | | | | | | | | | |
| 本人或家属签字： 协议机构经办人 （印章） | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 用人 单位 意见 |  | | | | | | | | | | | |
| （印章） | | | | | | | | | | | |
| 经办人： 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 社会 保险 经办 机构 意见 | 同意按确认的辅助器具项目配置或更换，所需费用按照《河南省工伤保险辅助器具配置目录》相关规定和本年度签订的《服务协议》的有关内容执行。 | | | | | | | | | | | |
| (印章） | | | | | | | | | | | |
| 经办人： 审批人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件12-7  河南省工伤保险辅助器具异地配置（更换）核定表 | | | | | | | | | | | |
| 单位名称： | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障号 |  | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  | | | 联系地址 |  | | | |
| 伤残部位 |  | | | | | | 配置辅助器具  确认书编号 | | |  | |
| 首次配置时间 |  | | 首次更换时间 | |  | | 上次更换  时间 |  | | 工伤建档时间 |  |
| 批准异地往返城市 | | 出发城市：到达城市： | | | | | | 核准类型 |  | 配置□更换□ | |
| 劳动能力鉴定委员会确认的辅助器具配置项目 | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 产品名称 | | 产品编号 | | 主要部件和材料要求 | | | | 最高支付限额 | | 最低使用年限 |
| 1 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 2 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 根据《工伤保险辅助器具配置管理办法》等有关规定，本人或家属自愿选择的异地辅助器具配置机构为： | | | | | | | | | | | |
| 年月日年月日 | | | | | | | | | | | |
| 用人单位意见 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| （印章） | | | | | | | | | | |
| 经办人：审核人：年月日 | | | | | | | | | | |
| 社会保险经办机构意见 |  | | | | | | | | | | |
| 同意按确认的辅助器具项目异地配置或更换，所需费用按照《河南省工伤保险辅助器具配  目录》及相关规定执行。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 经办人：审批人：年月日 | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |
|
|

附件12-8

工伤职工医疗费报销单

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | | 年龄 |  | 社会保障号 |  | | | | | | |
| 工伤发生  时间 | 年 月 日 | | | 工伤认定  申请时间 | | | |  | | 工伤建档  时间 | | | 年 月 日 | | | |
| 工伤认定  时间 | 年 月 日 | | | 申请人 | | | |  | | 是否超时效  认定工伤 | | | | 是□ 否□ | | |
| 工伤认定  书文号 |  | | | 伤残部位 | | | |  | | 是否属第三人原  因造成工伤 | | | | 是□ 否□ | | |
| 工伤认定前首次治疗□ 转诊转院治疗□ 异地就医治疗□ 其他□ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗医院 |  | | | | | | | | 治疗结果 |  | | | | | | |
| 入院时间 | 年 月 日 | | 出院时间 | | | 年 月 日 | | | 治疗天数 |  | | 发票张数 | | | |  |
| 项 目 | 金 额 | | | 项 目 | | | | | 金 额 | | 项 目 | | | 金 额 | | |
| 床位费 |  | | | 检查及化验费 | | | | |  | | 住院伙食补助费 | | |  | | |
| 治疗费 |  | | | 输血费 | | | | |  | | 异地就医交通费 | | |  | | |
| 药 费 |  | | | 一次性材料 | | | | |  | | 异地就医食宿费 | | |  | | |
| 手术费 |  | | | 特殊材料检查费 | | | | |  | | 异地市内交通  补助费 | | |  | | |
| 所有医疗费票据金额合计 | | | |  | | | | | | | 其它待遇合计  金额 | | |  | | |
| 医疗待遇金额合计（大写）： 万 仟佰 拾 元 角 分，￥： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不予支付的项目和金额 | 超时效认定申请前费用 | | | | | |  | | 第三人原因，民事已赔付医疗费 | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | 支付金额（大写）： 万 仟佰 拾 元 角 分，￥： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位经办人： | | | | | 经办人： 复核人： 审批人： | | | | | | | | | | | |
| 用人单位（印章） 年 月 日 | | | | | 经办机构（印章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

附件12-9

河南省工伤保险辅助器具配置（更换）费用结算表

单位名称： 申报时间： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 年龄 |  | | 社会保障号 | |  | | | | | |
| 工伤发生时间 |  | | 鉴定  级别 |  | | | 联系人 |  | | 联系电话 | |  | | | | | |
| 伤残  部位 |  | | | | | | | 配置辅助器具确认通知书编号 | | | |  | | | | | |
| 序号 | 产品名称 | | 产品编号 | | | | 主要部件和材料要求 | | | | | 最高限价 | | 申请支付 金额 | | 最低使用年限 | |
| 1 |  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | |
| 2 |  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | |
| 3 |  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | |
| 4 |  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | |
| 5 |  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | |
| 6 |  | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | |
| 配置或更换  时间 | |  | | 配置技师签名 | | |  | | | 质量检验人  签名 | |  | | | | | |
| 交通费 |  | | 食宿  费 |  | | | | 其它 | |  | | 小计 | |  | | | |
| 协议  配置  机构  申请  意见 | 申请支付金额为(大写) | | | | 万 | 仟 | | | 佰 | 拾 | 元 | 角 |  | | 分，￥： | |  |
| 经办人： | | | |  | 审核人： | | |  |  |  |  | 年 | | （印章）  月 日 | | |
| 社保  经办  机构  审核  意见 | 审核支付金额为(大写 | | | | 万 | 仟 | | | 佰 | 拾 | 元 | 角 |  | | 分，￥： | |  |
| 经办人： | | | |  | 审批人： | | |  |  |  |  | 年 | | （印章）  月 日 | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件12-10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤（亡）职工待遇申请表 | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号 |  | | | | | 工伤(亡) 职工照片 | |
| 工伤(亡) 发生时间 | |  | | 工伤(亡)认定书文号 | |  | 社保卡号 |  | | | | |
| 工伤(亡) 认定时间 | |  | | 首次鉴定  结论 | |  | 首次鉴定时间 | | | |  | |
| 护理结论 | |  | | 护理鉴定  等级 | |  | 再次鉴定结论 | | | |  | |
| 再次鉴定  时间 | |  | | 复查鉴定  结论 | |  | 复查鉴定时间 | | | |  | | | |
| 伤残部位 | | | |  | | | | | | | 解除劳动合同时间 | |  | |
| 伤残 待遇 项目 | 伤残津贴 | | |  | 护理费 | |  | 伤残津贴与养老金  差额 | | | | |  | |
| 一次性伤残补助金 | | |  | 一次性医疗 补助金 | |  | 鉴定费 | | | | |  | |
| 工亡待遇项目 | 直接死亡 | | |  | 停工留薪期 内死亡 | |  | 1-4级停工留薪期满  死亡 | | | | |  | |
| 一次性工亡补助金 | | |  | | | | 丧葬费 | | | | |  | |
| 火化时间 | |  | | 火化地点 | |  | | | | | | | |
| 土葬原因 | |  | | | | | | | | | | | |
| 供养亲属抚恤金 | 供养亲属姓名 | 性别 | 出生年月 | | 与死者 关系 | 供养原因 | | 供养亲属照片 1 | | | 供养亲属照片 2 | | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | | 供养亲属照片 3 | | | 供养亲属照片 4 | | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
| 申报 单位 意见 | 以上所填内容经我单位核实，情况属实。 | | | | | | |  | 申报单位（章） | | | | |  |
| 经办人： | |  |  |  | 审批人： |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |

附件12-11

正面：

供养亲属抚恤金申领承诺书

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人： | 身份证件号： |
| 办理业务及证明材料：  **供养亲属抚恤金申领**：  （填写姓名）依靠工亡职工（填写姓名）生前提供主要生活来源 | |
| 承诺内容：  本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对社会保险公共服务事项证明义务和办理条件已充分知晓。  在此本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等级列车和席次、获得贷款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。 | |
| 承诺人： | 身份证件号： |
| 与申请人关系：本人/法定监护人（勾选） | |
| 承诺日期： 年 月 日 | |

反面：

社会保险经办业务证明事项告知承诺制

告 知 书

一、按照《人力资源社会保障部办公厅关于印发〈人力资源社会保障系统开展证明事项告知承诺制试点工作实施方案〉的通知》（人社厅发〔2019〕71号）要求，本社会保险经办业务证明事项实行告知承诺制。

二、办事对象须知晓本事项相关办理条件，有义务如实提交本人相关信息，并签署《社会保险经办业务证明事项告知承诺制承诺书》，原则上不允许代为承诺。不具备民事行为能力或书写能力的办事对象，经社会保险经办机构同意后，可由其法定监护人代为承诺。

三、办事对象办理指定业务时，不再需要提交部分证明材料，具体证明名称及适用事项见附表。社会保险经办机构依据办事对象作出的承诺为其办理相关业务，并通过部门内、部门间核查等方式对承诺内容进行核实，对于无法核实的内容，可以要求办事对象提交必要的相关证明。办理流程和结果接受社会监督举报。

四、办事对象有较严重的不良信用记录或曾作出虚假承诺的，不适用告知承诺制。上述办事对象须按社会保险经办机构《社会保险公共服务事项办事指南》中的规定办理相关事项。

五、办事对象不符合相关办理条件，或者未按照社会保险经办机构要求办理相关事项的，不予进行告知承诺和业务办理。办事对象有故意隐瞒真实情况、提供虚假承诺或者以其他不正当手段取得相应证明材料等严重违纪违规行为的，依法依规进行处理，纳入社会保险领域严重失信人名单，由相关部门实施联合惩戒。失信人员信息视情况向社会公布，涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

工伤保险待遇证明事项告知承诺制范围

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 证明名称 | 适用事项 |
| 1 | 依靠工亡职工生前提供主要生活来源的证明 | 供养亲属抚恤金申领 |

附件12-12

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一次性工亡、丧葬补助金核定表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位代码： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称： | | | | | | | | | | | | | | | | | 单位：元 | | | | | | | | | | |
| 公民身份号码 | |  | | | | | | | 姓 名 | | |  | | | | | 性 别 |  | | | | 年龄 | |  | | | |
| 工伤发生时间 | |  | | | | | | 申请时间 | | | |  | | | | | 受理时间 | | | | |  | | | | | |
| 认定书文号 | | |  | | | | | | 工伤认定  时间 | | | |  | | | | 工伤死亡时间 | | | | |  | | | | | |
| 停工留薪期 截止时间 | | |  | | | | | | 一至四级工伤人员死亡时间 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 上年度职工月  平均工资 | | | | | | |  | | | | | 基本养老保险支付丧葬费 | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 上年度全国城镇居民人均  可支配收入 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工亡职工一次性待遇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一次性工亡补助金 | | | | | | | | | | 丧葬补助金 | | | | | | | | | 小 计 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 工亡待遇合计 (大写) | | | | | ￥ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经 办 机 构 意 见 | 备注：扣除受理前费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 经办机构（章） | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 经办人: | | | | |  |  |  | 复核人: | | | |  | | |  | 审批人: | | | | | | | |  |  |  |
| 打印人： | | | 打印时间： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件12-13

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供养亲属抚恤金核定表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位代码： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称： | | | | | | | | | | | | | | | | 单位：元 | | | | | | | |
| 工亡职工 姓名 | | |  | | | | | 工亡职工 身份证号 | | | |  | | | | | | 性别 | |  | | | |
| 工亡时间 | | |  | | | | | 本人工资 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 序号 | 供养亲属 姓名 | | | 性别 | 公民身份号码 | | | | | | | 孤寡老人 或孤儿 | | | | 年龄 | 与工亡职工关系 | 支付 比例 | | 支付金额 | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |  |  | |  | | | |
| 合 计 | | | | 人数 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金额 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 补发起止时间及 补发金额 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 伤残待遇合计 (大写) | | | | ￥ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经 办 机 构 意 见 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 经办机构（章） | | | | |  |  |  |
| 经办人: | | |  |  |  |  |  | 复核人: | |  | | |  | 审批人: | | |  |  |  |  |  |
| 打印人： | | | | | | | | | | 打印时间： | | | | | | | | | | | | | |

附件12-14

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老工伤人员工伤建档办理表 | | | | | | | | | | |
| 填报单位名称： | | | |  |  |  |  | 编号： | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 身份证号 |  | | |
| 工伤(亡) 发生时间 | |  | | 工伤(亡) 认定时间 | |  | 受伤部位 |  | | |
| 伤残鉴定 结论 | |  | | 伤残鉴定 时间 | |  | 护理鉴定 等级 |  | 护理鉴定时间 |  |
| 单位意见 | 以上所填内容经我单位核实，情况属实。 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 申报单位（章） | | | | |
| 经办人： | | 审批人： | | | | 年 月 日 | | | |
| 社 会 保 险 经 办 机 构 意 见 |  | | | | | | | | | |
|
| 经办人： | | | | | | 经办机构（章） | | | |
|  | |  | |  |  |  | 年 月 日 | | |

附件12-15

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤保险定期待遇停（续）发业务办理表 | | | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位名称： | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓 名 |  | | | | 性别 |  | 身份证号 |  | | | | | | |
| 停  （续）  发 待 遇 项 目 | 伤残津贴 | | | |  | | 护理费 |  | | | | | | |
| 伤残津贴与养老金  差额 | | | |  | | 供养亲属 抚恤金 |  | | | | | | |
| 停（续）发定期待遇原因 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 单位意见 | 以上所填内容经我单位核实，情况属实。 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 申报单位（章） | | | | | | | | |
| 经办人： | | 审批人： | | |  | 年 月 日 | | | | | | | |

注：1.申请待遇续发时，续发原因应与停发事项一致。

2.提供资料为停发原因对应的事项材料。

附件13-1

河南省定点单位解封申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 协议机构编号 |  | 协议机构名称 |  |
| 封锁原因 |  | | |
| 协议机构申请  解封意见 |  | | |
| 社会保险经办  机构意见 | 经办人： 复核： 审批： | | |

表13-2

河南省社会保险定点单位基本信息变更申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 填表日期: 年 月 日 | |
| 项 目 | | 原登记事项 | 变更事项 |
| 服务机构名称 | |  |  |
| 地 址 | |  |  |
| 法定代表人或负责人 | 姓 名 |  |  |
| 身份证号码 |  |  |
| 工伤专管员 | 姓 名 |  |  |
| 所在部门 |  |  |
| 电 话 |  |  |
| 机构等级 | |  |  |
| 机构收费等级 | |  |  |
| 执业许可证号 | |  |  |
| 统一社会信用代码 | |  |  |
| 开户银行 | |  |  |
| 缴费单位户名 | |  |  |
| 银行帐号 | |  |  |
| 变更单位：  经办人: 负责人： (单位印章)  年 月 日 | | | |
|
|
|
|
| 经办机构审核意见:  经办人: 审批： (经办机构印章)   年 月 日 | | | |
|
|
|