表201701-210

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 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） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |