企业职工基本养老保险待遇申报表

单位名称： 单位代码:

申报待遇类别:

□1.正常退休

□2.提前退休：（□特殊工种提前退休、□因病非因工致残提前退休、□政策性提前退休）

□3.一次性养老保险待遇

□4.死亡待遇：（□离退休死亡<有供养直系亲属>、□离退休死亡<无供养直系亲属>、

□因病、非因工在职死亡）

□5.退个人账户储存额（□在达到领取基本养老金条件前丧失中华人民共和国国籍、□外籍人士退保、 □退出现役并采取退休供养方式安置的军人退保、 □在工伤保险基金按月领取伤残津贴、□已在其他保障渠道领取养老待遇、□参保人已死亡，且遗属已在其他保障渠道领取死亡待遇、□其他原因退保）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人基本信息** | | 姓名 |  | 公民身份号码  （社会保障号码） |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 出生年月 | 年 月 | | 性别 | | | | | | |  | | | | | 手机号码 | | | | | | | | |  | | | | |
| 联系地址 |  | | 邮政编码 | | | | | | |  | | | | | 电子邮箱 | | | | | | | | |  | | | | |
| 户籍地 | 市 市 县（区） | | 最后参保地 | | | | | | | 市 市 | | | | | 退休前最后缴费月 | | | | | | | | | 年 月 | | | | |
| **待遇发放账户信息** | | | 开户银行 |  | 开户名 | | | | | | |  | | | | | 银行账号 | | | | | |  | | | | | | | |
| **联系亲属信息**  (遗属申领死亡待遇或退个人账户储存额的，此栏填写遗属资料) | | | 姓名 |  | 公民身份号码 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 与本人关系 | | | | |  | | |
| 联系电话 |  | 联系地址 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | |  | | |
| **重要事项声明** | **申领基本养老金的人员，须确认并勾选以下事项（第1、第3和第4条有两至三个选项，请勾选其中一项）：**  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，现已按国家和市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养老待遇。  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。  4、 □本人为有单位管理的人员，本人同意由现参保单位（或退管部门）代为办理基本养老保险待遇业务。  □本人为有单位管理的人员，本人自行办理基本养老保险待遇业务。  □本人为社会申办退休人员。  **申领一次性养老保险待遇的人员，须确认并勾选以下事项（第1条有两个选项，请二选一）：**  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，现已按国家和市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。  **申领基本养老保险死亡待遇的遗属，须确认并勾选以下事项：**  □本人未在其他地区领取企业职工养老保险死亡待遇，未在机关养老保险、居民养老保险或其他险种领取死亡待遇。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **社会保险经办机构告知内容：**  社会保险经办机构根据我市企业职工基本养老保险有关规定核定待遇。如出现因参保人或遗属未及时或未如实申报导致多领待遇的，将直接从参保人的个人账户余额和死亡待遇中扣除。个人账户余额和死亡待遇不足抵扣多领待遇的，申请人以欺诈等方式骗取待遇，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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人意见** | 本人确认上述申报信息无误，并知悉如提供虚假情况及资料，需承担相关法律责任。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。  签名：  年 月 日 | | | | | **单位呈报意见** | | | （个人申报的，本栏无需盖章。）  年 月 日 | | | | | | | | | | **主管部门审查意见** | | （个人申报的，本栏无需盖章。）  年 月 日 | | | | | | | | | |