|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | 编号： | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | | 社会保障号码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 原个人编号 | |  | 户籍所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户籍  所在地  区名称 | |  | | 户籍所在地企业职工社保机构行政区划代码 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户籍所在地企业职工社保机构开户全称 | |  | | 户籍所在地企业职工社保机构联系电话 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户籍所在地企业职工社保机构地址 | |  | | | | | 户籍所在地企业职工社保机构邮政编码 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 参保单位（章）: | | |  |  | 经办人（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） | | | | |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

机关事业单位基本养老保险参保人员

转移接续重复时段退款申报表

单位名称（公章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 公民身份号码  （社会保障号码 ） | | |  | | |
| **转移接续需清退的重复时段选择** | | | | | | | | | |
| □重复缴费时段的转出地缴费部分 □重复缴费时段的转入地缴费部分 | | | | | | | | | |
| 重复缴费时段 | | 起始时间 | | | 终止时间 | | | | 缴费月数 |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
| **接收退款的银行账户信息** | | | | | | | | | |
| 开户行行号 | | |  | | | 户 名 | |  | |
| 开户银行名称 | | |  | | | | | | |
| 银 行 账 号 | | |  | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | |
| **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。支付到参保人员社会保障卡的，无需填写银行账号信息。** | | | | | | | | | |
| 申请人签名： 单位经办人签章：  联系手机号： 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表适用于参保人员转移接续基本养老保险关系时，因转入地与转出地社保经办机构同时存续基本养老保险关系或重复缴纳基本养老保险费，经参保人员确认需清退相应时段缴费并提供退款账号后，办理基本养老保险关系清理和个人账户储存额退还业务申报。

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.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.姓名、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.重复缴费时段的转出地缴费部分/重复缴费时段的转入地缴费部分：参保人员确认需清退相应时段缴费，转出地缴费部分指户籍地社保机构转出的缴费信息；转入地缴费部分指当前参保地社保机构的缴费信息。

6.起始时间、终止时间、缴费月数：按重复缴费时段据实填报。

7.接收退款的银行账户信息：指参保人员领取重复缴费时段个人账户储存额的银行信息。姓名、户名和申请人签名必须一致。