

附件 1

机关事业单位参保人员职业年金待遇申领表

单位名称: (盖章)

社会保险登记编号:

姓 名		公民身份号码	
个人编号		性 别	
申报日期	年 月	批准退休时间	年 月
参加工作时间	年 月	出生年月	年 月
退休审批部门			
待遇领取类方式	<input type="checkbox"/> 按月领取 <input type="checkbox"/> 一次性购买商业养老保险产品		
退休人员 联系信息	常住 地址	_____省(市) _____区(县) _____街道(乡 镇) _____路 _____弄 _____号 _____室	
	邮政 编码	联系电话	固定电话 移动电话
<p>支付到个人实名制结算账户的, 请填写下列内容:</p> <p>开户银行名称: _____银行 _____省 _____市 _____ _____支行/分理处</p> <p>户名: _____ 账号: _____</p>			
<p>以上项目填写真实, 若与实际不符, 愿承担相关责任。</p>			
本人签名:		单位经办人签章:	
		制表日期: 年 月 日	

填写说明

1. 本表用于参保单位达到法定退休年龄并符合机关事业单位职业年金领取条件的参保人员填写。
2. 单位名称：按有关机关批准成立的文件或其他核准执业证件中的单位名称填写。
3. 社会保险登记编号：与颁发的社会保险登记证中记录的社会保险登记编号一致。
4. 姓名、公民身份号码、性别等个人信息应与有效身份证件内容一致。
5. 个人编号：指参保人员在社保经办机构数据库中的编号。
6. 申报日期：指申报核定职业年金待遇日期（一般是参保人员批准退休当月）。
7. 批准退休时间：按现行人事管理权限审批的退休材料确定的退休时间填写。
8. 参加工作时间：按照国家政策规定确认的首次参加工作时间。
9. 出生年月：指参保人员档案内最早的出生时间。
10. 退休审批部门：按现行人事管理权限批准其退休的单位或部门。
11. 常驻地址、邮政编码、联系电话：指职业年金申领人相对固定的长期居住地址，可与身份证登记住址不一致，邮政编码、联系电

话相应填写。

12. 开户银行名称、户名、账号：填写职业年金申领人本人在银行开设的可用于按月存入职业年金待遇的个人账户信息。

附件 2

机关事业单位基本养老保险参保人员 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	
个人编号		性 别	
民 族		实际终止年月	年 月
人员类型	<input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 退休	终止原因	<input type="checkbox"/> 丧葬费 <input type="checkbox"/> 一次性支付个人账户 <input type="checkbox"/> 其他
终止原因			
领取人信息			
领取人姓名		领取人 公民身份号码	
与参保人员关系		联系电话	
开户银行名称		户 名	
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。

领取人签名:

单位经办人签章:

制表日期: 年 月 日

填写说明

1. 本表是办理参保人员死亡、丧失中华人民共和国国籍、达到退休条件时缴费不满 15 年且选择放弃延续缴费的，办理有关待遇支付业务时填写。

2. 单位名称：与有关机关批准成立证件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：与颁发的社会保险登记证中记录的社会保险登记编号一致。

4. 姓名、公民身份号码与有效身份证件内容一致。

5. 个人编号：指参保人员在社保经办机构数据库中的编号。

6. 民族：与参保人员居民身份证一致。

7. 实际终止年月：丧失中华人民共和国国籍的，填写已获得外国国籍的时间；人员死亡的，填写死亡时间。

8. 终止原因：按丧失中华人民共和国国籍、因病或非因工死亡、因工死亡、达到退休条件时缴费不满 15 年且选择放弃延续缴费等情况据实填报。

9. 领取人：指实际领取参保人员一次性待遇的指定受益人或法定继承人。

10. 领取人信息：指领取参保人员养老保险一次性支付的领取人信息。当领取人不是参保人员本人时，应填写与参保人员关系。

附件 3

**机关事业单位参保人员职业年金个人账户
一次性支付核定表**

单位名称:

社会保险登记编号:

个人编号		姓名		人员类型	<input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 在职
公民身份号码					
支付原因					
社保经办机构审核情况					
在职参保人员 职业年金 个人账户累计 储存额		退休人员 职业年金 个人账户余额			
经审核，同意支付(参保人姓名)的个人账户累计储存额_____元。					
复核人:	经办人:	(公章) 年 月 日			
单位经办人员签章: _____ 年 月 日					

本表一式三份，参保单位、参保人员和社保经办机构各存一份