机关事业单位基本养老保险个人账户

一次性支付申报表

单位名称：{{i\_1\_单位名称}} 社会保险登记编号：{{i\_2\_社会保险登记编号}}

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | {{i\_3\_姓名}} | 公民身份号码 | {{i\_4\_公民身份证号码}} |
| 个人编号 |  | 性 别 | {{r\_5\_性别\_<男-女>}} |
| 实际终止年月 | {{i\_6\_终止年月}} | 人员类型 | {{ck\_7\_人员类别\_<在职-退休>}} |
| 终止原因 | {{i\_8\_终止原因}} | | |
| **领取人信息** | | | |
| 领取人姓名 | {{i\_9\_领取人姓名}} | 领取人  公民身份号码 | {{i\_10\_领取人公民身份证号码}} |
| 与参保人员  关系 | {{i\_11\_与参保人员关系}} | 联系电话 | {{i\_12\_联系电话}} |
| 开户银行名称 | {{i\_13\_开户银行名称}} | 户 名 | {{i\_14\_户名}} |
| 银行账号 | {{i\_15\_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： | | | |

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. 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。

7. 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。

8. 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。

9. 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。