|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **宜宾市企业职工基本养老保险遗属待遇申领表（退休人员）** | | | | | | | |
| **死者基本情况** | | | | | | | |
| 姓 名 | {{i\_1\_姓名}} | | 性 别 | {{r\_2\_性别\_<男-女>}} | 身份证号 | | {{i\_3\_身份证号码}} |
| 死亡时间 | {{date\_4\_死亡时间}} | | 退休时间 | {{date\_5\_退休时间}} | 累计缴费年限 | | {{i\_6\_年限}} |
| 火化时间 （土葬不填） | {{date\_7\_时间}} | | 丧葬方式 | □火化 □土葬 □其他 （勾选） | | | |
| **抚恤金申请条件：** 参保人员因病或非因工死亡的，其配偶、子女、父母、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女、兄弟姐妹可以按《暂行办法》领取遗属待遇。国家今后对遗属待遇领取人员范围有新规定的，按国家新规定执行。 **温馨提示**：遗属待遇按养老金发放账户进行发放。 | | | | | | | |
| **领取遗属待遇人员信息** | | | | | | | |
| 姓 名 | 同死者的 关系 | 工作单位 | | 现居住地址 | | 联系电话 | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
| 承诺书 | | | | | | | |
| 本人在此郑重承诺本人提交的一切资料及其内容真实、完整、准确，且领取遗属待遇后，将与死者其他近亲属按照国家继承法律、法规自行分配上述待遇。上述所填信息属实，若有虚假行为，由本人承担一切法律责任，并退回已领取相关待遇。 | | | | | | | |
| 单位盖章： 承诺人签字： （捺印） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 说明：根据宜社险[2002]48号文件通知要求：“已纳入社区管理的企业离退休人员死亡后，其亲属和户口所在地（或常年居住地）的街道社区服务组织，要在7日内向负责支付其基本养老金的社会保险机构报告；尚未纳入社区管理的企业离退休人员死亡后，其亲属要在5日内向死亡者原单位报告，原单位应在3日内向社会保险机构报告，异地居住的离退休人员死亡后，其亲属要在7日内向负责支付其基本养老金的社会保险机构报告。社会保险机构在接到报告并审核死亡证明材料有效后，及时办理丧葬补助等项费用，同时终止死亡离退休人员的基本养老保险关系。企业职工基本养老保险待遇科窗口电话：8205949 | | | | | | | |