表1

机关事业单位基本养老保险参保单位信息变更申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 单位编号 | |  | |
| 请在下列项目中选择需要办理的内容： | | | | | | | | |
| □变更登记 □暂停结算 □恢复结算  □注销登记 □其 他 | | | | | | | | |
| 变更项目 | | 变更前内容 | | 变更后内容 | | | | 备注 |
|  | |  | |  | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  |
| 需说明的情况:    单位负责人: 经办人：  年 月 日 年 月 日  （公章） | | | | | | | | |
| **以下由社保经办机构填写** | | | | | | | | |
| 初审人： | | | 复核人： | | | 部门负责人： | | |
| 签名：  年 月 日 | | | 签名：  年 月 日 | | | 签名：  年 月 日 | | |

**填写说明**

1.本表是参保单位到社保经办机构办理社会保险变更登记、注销登记等业务时填写。

2.单位名称：与经办系统中单位名称一致。

4.单位编号：参保单位在经办系统中的编号。

5.变更项目：参保单位变更登记的事项。

6.变更前内容：参保单位变更登记的事项现有内容。

7.变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分。

8.备注: 参保单位登记变更项目和内容时，需要注明的事项。

9.需说明的情况：参保单位申报办理业务时，选择其他选项或需要说明情况的，填写本项目。

10.单位负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的分支机构，填写单位负责人有关信息。

11.经办人：填写用人单位办理社会保险相关业务工作人员有关信息。

表2

**机关事业单位基本养老保险参保人员信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（章） | |  | | 单位编号 | |  | | 主管部门（章） |  | |
| 个 人 信 息 | 姓名 | 身份证号码 | | 性别 | | 民族 | | 出生年月 | 参加工作年月 | 户口性质 |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |
| 户籍所在地 |  | | | | 通讯地址 | |  | | |
| 学历 | 婚姻 | | 固定电话 | | 手机号码 | | | 邮政编码 | 参军年月 |
|  | □未婚□已婚□丧偶□离婚□其它 | |  | |  | | |  |  |
| 是否军转干部 | □是 □否 | | 是否参加企业养老保险 | | □是 □否 | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |
| 当前人事信息 | 人员类别 | 公务员 | 1职务( ) 2领导职务标识(□是 □否) 3级别( )  4档次 5是否政工师(□是 □否) 6是否双肩挑(□是 □否) | | | | | | | |
| 机关工勤人员 | 1技术等级( ) 2岗位薪级( )3是否政工师(□是 □否)4是否双肩挑(□是 □否) | | | | | | | |
| 事业单位专业技术人员 | 1岗位级别( )2岗位薪级( )3是否政工师(□是 □否)4是否双肩挑(□是 □否) 5人员类别说明 | | | | | | | |
| 事业单位管理人员 | 1岗位级别( )2岗位薪级( )3是否政工师(□是 □否)4是否双肩挑(□是 □否) 5人员类别说明 | | | | | | | |
| 事业单位工人 | 1岗位级别( )2岗位薪级( )3是否政工师(□是 □否)4是否双肩挑(□是 □否) 5人员类别说明 | | | | | | | |
| 其他信息 | 在本单位参加机关保年月 |  | 首次参加制度年月 | |  | | 视同缴费月数 | |  | |
| 编制类型 | | | | □全额 □差额或非财政拨款 | | | | | |
| 工资申报信息 | 缴费年度 | 月平均缴费工资 | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| 本人签字 | 末级单位名称 | | | | | | | | | |

经办人： 申报日期： 年 月 日

**填写说明**

1.本表适用于参保单位申报人员新增时使用。

2.单位名称：与经办系统中的单位名称一致。

3.单位编号：参保单位经办系统中的编号。

4.末级单位名称：指参保人员具体所属分支单位名称。

5.户籍所在地：详细填写所在省市县（区）。

6.通讯地址：填写省市县（区）详细地址。

7.月平均缴费工资：新参加工作人员填写起薪当月的个人缴费工资基数；省内调入人员当年度缴费工资基数不变；由企业调入或外省调入机关事业单位的人员，按新单位起薪当月的个人缴费工资基数填写。

表3

机关事业单位基本养老保险参保人员业务申报表

**单位名称（盖章）： 单位编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人 状态 | | 个人编号 | 姓名 | 公民身份  号码 | 申报项目 | | | | | | | | | 具体内容 | | 备注 |
| 在职 | 退休 | 在职转  退休 | 转入 | 转出 | 暂停 | 恢复 | 补缴 | 退费 | 终止 | 其他 | 起止年月 | 工资 |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。**

经办人： 申报日期： 年 月 日 本页第 页，共 页

填写说明

1.本表适用于参保单位办理参保人员转入、转出、暂停、恢复、补缴、退费、终止、在职转退休等业务填写使用。

2.单位名称：与经办系统中的单位名称一致

3.单位编号：参保单位在数据库中的编号。

4.个人状态：申报办理业务的参保人员工作状态，分为“在职”、“退休”。参保人员为在职工作人员的，在个人状态中选择“在职”；参保人员为退休人员的，在个人状态中选择“退休”。

4.个人编号：指参保人员在社保经办机构数据库中的编号。

5．姓名、公民身份证号码：申报办理业务的参保人员姓名和公民身份号码，与有效身份证件上内容一致。

6．申报项目：选择办理具体社会保险业务的项目名称。办理养老保险关系转入业务的，选择“转入”；办理养老保险关系转出业务的，选择“转出”；办理养老保险关系中断业务的，选择“暂停”；办理养老保险关系恢复业务的，选择“恢复”；办理养老保险费补缴业务的，选择“补缴”；办理养老保险费退费业务的，选择“退费”；参保人员死亡、丧失中华人民共和国国籍时，办理一次性支付业务的，选择“终止”；办理上述所列事项之外的其他业务的，选择“其他”，并在“备注”栏中填写办理此项业务的具体情况。

7.起止年月：办理“暂停”、“终止”业务的，填写对应的停止年月；办理转出业务的，该项不填写；办理“补缴”业务的，填写需补缴期间的起止年月，如补缴期间有间断或补缴期间跨年度的，需分别填列。办理“退费”业务的，需填写退费期间的起止年月，如退费期间有间断的，需分别填列。

8.工资：办理“补缴”、“恢复”业务的，该栏目填写对应年度缴费工资。

9.经办人： 申报业务的参保单位经办人姓名。

10.申报日期：申报办理参保人员各项业务的实际年月即为“申报日期

表4

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： 单位编号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □在职 □退休 | 业务类型 | □一次性支付个人账户  □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 |  |
| 参保人员开户行信息 | 参保人员社会保障卡金融账户 | | |
| 领取人承诺参保人员社会保障卡金融账户已激活。 领取人签名： 日期： 年 月 日 | | | |
| 备 注 | （若委托单位代领，领取人信息可不填，需在本栏内填写“单位代领”） | | |
| **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：** | | | |
| 单位审核意见 | （单位公章）  单位经办人签字：    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：与经办系统中单位名称一致。

3.单位编号：参保单位在经办系统中的编号。

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。

表5

机关事业单位基本养老保险参保人员信息变更表

单位名称 ：单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 |  | | | 姓 名 | |  | | |
| 公民身份号码 |  | | | | | | | |
| 请在下列项目中选择人员参保状态： | | | | | | | | |
| □在职人员 □退休人员 | | | | | | | | |
| 变更项目 | | 变更前内容 | | | 变更后内容 | | | 备注 |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | |  |
| 需说明的情况:  负责人（单位公章）: 经办人：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |
| **以下由社保经办机构填写** | | | | | | | | |
| 初审人： | | | 复核人： | | | | 部门负责人： | |
| 签名：  年 月 日 | | | 签名：  年 月 日 | | | | 签名：  年 月 日 | |

**填写说明**

1.本表是参保单位到社保经办机构办理参保人员信息变更时填写。

2.单位名称：与经办系统中的单位名称一致。

3. 单位编号：参保单位在经办系统中的编号。

4．姓名、公民身份号码：按照参保人员有效身份证件上的相关信息填写。

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.变更项目：参保人员变更登记的事项。

7.变更前内容：参保人员变更登记事项现有的内容。

8.变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分。

9.备注: 参保单位申报办理变更登记的项目和内容中，需要注明的事项。

10.需说明的情况：有需要说明情况的，填写本项目。

表6

机关事业单位基本养老保险参保人员

养老保险待遇申领表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 退休审批部门 | |  |
| 退休时职务（称） | |  | 改革时职务（称） | |  |
| 是否领导职务 | | □是 □否 | 退休时技术等级 | |  |
| 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 |  |
| 申办业务类型 | | 养老金□ | | | |
| **本人实名制结算账户信息：社会保障卡金融账户**  本人承诺社会保障卡金融账户已激活。本人签名： 日期： 年 月 日 | | | | | |
| **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。** | | | | | |
| 本人签名： 单位经办人签章：  制表日期： 年 月 日 | | | | | |

**单位名称（盖章） ： 单位编号：**

**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基本养老保险养老金领取条件的参保人员填写，相关内容可由单位协助填写。

2.单位名称：按经办系统中单位名称填写。

3.单位编号：参保单位在经办系统中的编号。

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：指申报核定养老保险待遇日期（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.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。

10.退休时职务（称）：指基本养老金申领人在退休审批时的职务、职称。

11.改革时职务（称）：指基本养老金申领人在《决定》确定的改革时点时的职务或职称。

12.是否领导职务：指基本养老金申领人的职务是否同级实职。

13.退休时技术等级：指基本养老金申领人退休时的技术等级。

14.常住地址、邮政编码、联系电话：指养老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。

15. 本人实名制结算账户信息：指养老金申领人本人社会保障卡金融账户。

表7

芜湖市机关事业单位基本养老保险新增退休人员基本信息表

年度 月

单位名称（章）： 单位编号： 主管部门（章） 单位： 元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码 | 人员类别 | 出生年月 | 参加工作年月 | 退休年月 | 特殊工种类型 | 2014年9月底前视同缴费月数(含特殊工种折算月数) | 其中特殊工种折算月数 | 2014年9月底前扣减工龄月数 | 2014年9月底前参加企业职工养老保险缴费月数 | 职务类别（技术等级、岗位级别） | | 级别档次（岗位、薪级） | | 现职务（称）任职起始年月 |
| 2014年9月 | 退休当月 | 2014年9月 | 退休当月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

经办人： 申报日期： 年 月 日

说明：：1、人员类别指公务员、机关技术工人、机关普通工人、事业单位专业技术人员、事业单位管理人员、事业单位工人。

2、如果是特殊工种人员，请填写特殊工种类型。

3、职务（技术等级、岗位）按照国家规范标准填写。

4、2014年10月至2024年9月之间退休的人员需要填报本人2014年9月职务等信息，2024年10月及以后退休人员不需要填报。