终止职工基本养老保险关系告知书

根据《实施<中华人民共和国社会保险法>若干规定》（中华人民共和国人力资源和社会保障部第13号令，以下简称《规定》）第一章第三条等规定，现告知如下：参加职工基本养老保险的个人达到法定退休年龄后，累计缴费不足15年（含依照《规定》第二条规定延长缴费）的，可以申请转入户籍所在城镇居民社会养老保险，享受相应的养老保险待遇；未转入城镇居民社会养老保险的，个人可以书面申请终止职工基本养老保险关系，并将个人账户储存额一次性支付给本人。

请认真阅读上述文件内容，并确认是否申请终止职工基本养老保险关系。

（社会保险经办机构盖章）

年 月 日

—————————————————————————

本人已认真阅读上述《告知书》，并自愿申请终止职工基本养老保险关系。

参保人：

年 月 日