参保人员终止养老保险关系一次性待遇申请表

单位名称(盖章)： 单位编号： 申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人  编号 | 姓名 | 社会保障号码 | 性别 | 出生  年月 | 支付  类型 | 终止缴  费年月 | 银行账户信息 | | | 领取人与参保人关系 | 备注 |
| 户名 | 所属银行 | 账号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位经办人：

说明：1.本表适用于领取一次性养老保险待遇的核定申请。

2.“社会保障号码”暂为身份证号码。

3.支付类型填写:（1）出国定居；（2）缴费不足15年且达到国家法定退休年龄；（3）清理多重养老保险关系；（4）工伤死亡人员退养老保险个人账户余额。