附件1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居民基本养老保险参保登记表 | | | | | |
| 所属村（居）委会: 填表日期: 年 月 日 | | | | | |
| 业务类型： □参保登记 □变更登记 | | | | | |
| \*姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  |
| 出生日期 | 年 月 | | \*联系电话 |  | |
| \*公民身份号码 |  | | | | |
| 户籍所在地址 |  | | | | |
| 居住地址 |  | | | 邮编 |  |
| \*参保登记时间 | 年 月 日 | | | | |
| 参保人承诺： | | |  | | |
| 以上填写内容真实无误，如不属实，自愿承担相应的法律责任。 | | | 乡镇（街道）服务中心或  县社保机构意见： | | |
| 参保人：  年 　月　日 | | | 经办人：  年　 月　日（签章） | | |

**注：**1.\*项为必填项，非\*项由经办机构通过信息共享获取，暂无法获取的，可由参保人填写。

2.变更登记时，仅需在需要变更的项目填写内容。

3.线上服务渠道受理的，利用人脸识别等实名认证方式代替纸质签章。

4.本表最终由县社保机构留存。

附件2

居民基本养老保险集体补助和其他资助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 补（资）助申请人: 填表日期： 年 月 日 | | | | | |
| 序号 | 补（资）助对象姓名 | 性 别 | 公民身份号码 | 补（资）助标准 | 备注 |
|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 填表人（签章）: 填报单位（公章）  年 月 日 | | | | | |
| 乡镇（街道）审核人（签章）: 乡镇（街道）（公章）  年 月 日 | | | | | |
| 县社保机构审核人（签章）： 县社保机构（公章）  年 月 日 | | | | | |
| **注：**1.本表用于办理集体补助、其他资助。  2.补（资）助申请人为村（居）集体和其他经济组织、社会公益组织、个人。  3.办理集体补助，应由村（居）民委员会盖章同意，乡镇（街道）政府审核。  4.办理其他资助，应由其他经济组织、社会公益组织盖章或个人签字，无需乡镇（街道）政府审核。  5.本表由村（居）集体、其他经济组织、社会公益组织或个人、乡镇（街道）和社保机构分别留存。 | | | | | |

附件3

被征地农民参加居民基本养老保险参保缴费明细表

村（居）集体经济组织（盖章）： 乡镇（街道）（盖章）： 征地批次名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 公民身份号码 | 政府补贴资金（元） | 个人缴费（元） | 集体缴费（元） | 参加基本养老保险情况 | | | 备 注 |
| 参加职工养老保险 | 参加居民养老保险 | 未参加  基本养老保险 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 村（居）集体经济组织负责人： 填表日期： 年 月 日   第 页（共 页）

**注：**1.参加基本养老保险情况分参加职工养老保险、居民养老保险、未参加基本养老保险三类，按参加情况打√。

2.个人办理被征地个人缴费时，无需乡镇（街道）、村（居）集体经济组织盖章及村（居）集体经济组织负责人签章。

附件4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被征地农民政府补贴资金一次性支付汇总表 | | | | | | | | | | | | |
| 村（居）集体经济组织（盖章）： 乡镇（街道）（盖章）： 征地批次名称： | | | | | | | | | |  | | |
| 序号 | 姓名 | 公民身份号码 | 返还金额  （元） | 返还原因 | | | 返还银行名 称 | 返还银行账号 | 受益人姓 名 | 受益人身份号码 | 受益人与  参保人关系 | 备注 |
| 死亡 | 享受职工养老保险待遇 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 村（居）填表人签字：     村（居）集体经济组织（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇（街道）审核人（签章）: 乡镇（街道）（公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 县社保机构审核人（签章）： 县社保机构（公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

**注：**本表一式三份，由村（居）集体经济组织负责汇总填制，村（居）、乡镇（街道）、县社保机构各留存一份。

附件5

居民基本养老保险费补缴申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属村（居）委会： | | | 填表日期： 年 月 日 | |
| 姓名 |  | 公民身份号码 |  | |
| 居住地址 |  | | 联系电话 |  |
| 补缴年度 | 补缴标准（元/年） | | 补缴总金额（元） | |
| 年 |  | |  | |
| 年 |  | |
| 年 |  | |
| 参保人声明：   以上填写内容真实无误，如不属实，自愿承担相应的法律责任。  参保人：   年 月 日 | | | 乡镇（街道）服务中心或  县社保机构意见：  经办人：  年 月 日 | |
| **注：**1.本表用于参保人员申请补缴。  2.本表由参保人员填写，由亲属或协办人员代填的，需本人签字、签章确认。  3.线上服务渠道受理的，利用人脸识别等实名认证方式代替纸质签章。  4.本表一式二份，参保人员、社保机构各留存一份。 | | | | |

附件6

居民基本养老保险个人账户对账单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位：元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | | | 参保日期 | | | | | | |  | | | | | 参保状态 | |  | | |
| 公民身份号码 | |  | | | | | | | | | | | | | 累计缴费年限 | | |  | | | | | | | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | | | |
| 居住地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 缴费类型 | 个人账户收入 | | | | | | | | | | | | | 发放养老待遇 | | | | | | | | | | | | 个人账户余额 |
| 合计 | 个人缴费 | 集体  补助 | 其他  资助 | | 政府补贴 | | | 利息 | | 其他 | | | 合计 | | 基 础  养老金 | | 年限  加发 | | | 高龄加发 | | 个人账户养老金 | | 其他 |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 制表单位（公章）： | | | |  |  |  | |  |  | | | |  |  | |  | | | |  | 打印日期： 年 月 日 | | | | | | | |

附件7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居民基本养老保险缴费信息和待遇享受告知书 | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇（街道) ： 村(居)委会： 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 参保信息 | 姓名 | |  | 公民身份号码 | | |  | | 联系电话 | | |  |
| 出生日期 | |  | 累计缴费  年 限 | | |  | | 最低应缴费年限 | | |  |
| 到龄日期 | |  | 个人账户金额 | | |  |
| 省内职工养老保险最后参保地 | | | | | |  | | | | | |
| 联系亲属资料 | 姓名 | |  | 公民身份号码 | | |  | | 与本人关系 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | 联系地址 | |  | | | |
| 告  知  内  容 | 1.参保人员在省外参加职工或居民基本养老保险的，请及时办理衔接转移手续。  2.达到待遇享受年龄但缴费年限不足15年的参保人，可以在达到待遇享受年龄前6个月内办理补缴。  3.待遇享受人员出现死亡、丧失国籍、享受其他社会养老保障待遇等停止享受居民养老保险待遇的情形，待遇享受人员或其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内自行或通过村（居）协办员告知社保机构。  4.个人多享受居民养老保险待遇的，待遇享受人员或相关人员应当及时退回，拒不退回的，社保机构可委托金融机构从领取待遇银行账户中予以抵扣。  5.待遇享受人员自待遇享受当月起纳入认证管理，参保人应当积极配合社保机构开展待遇享受资格认证，确保待遇按时足额发放。  请您接到通知后，于 年 月 日前（节假日提前）凭有效身份证件，通过人力资源社会保障部门提供的线上或线下服务渠道办理待遇申领等相关手续。 | | | | | | | | | | | |
| 申  请  人 | 我已知晓并同意上述告知内容，现申请享受居民基本养老保险待遇。  参保人（签名）: 代办人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 经办机构 | |  | | | 联系电话 |  | | 地址 | |  | | |
| **注：**1.本表由社保机构向参保人员发放。  2.办理待遇享受手续时，参保人员应当在此表签字确认。 | | | | | | | | | | | | |

附件8

居民基本养老保险待遇核定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位（县、区）： 单位：元 填表日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 参保人 |  | 性 别 |  | 公民身份号码 |  | | | | |
| 出生日期 |  | 实际缴费年限 |  | 补缴年限 |  | | 参保时间 |  | |
| 个人账户  储存额 |  | 个人缴费总额 |  | 补助（资助）  总额 |  | 政府补贴  总额 |  | 利息总额 |  |
| 待遇享受  金额 |  | 基础养老金  享受金额 |  | 个人账户养老金  享受金额 |  | 其他金额 |  | 启领时间 | 年 月 |
| 县社保机构审核： 年 月 日（签章） | | | | | | | | | |

附件9

居民基本养老保险基金支付审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位（章）： 单位：人、元 | | | | | | | | | | | | |
| 财政局：××年××月，居民基本养老保险基金共需支付 元（详见居民基本养老保险基金应支明细），请审核后拨入以下支出账户： | | | | | | | | | | | | |
| 开户名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 银行名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | | | | | |
| **居民基本养老保险基金应支明细** | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇  （街道） | 按月享受  基础养老金支出 | | 按月享受  个人账户养老金支出 | | 一次性领取个人账户资金余额支出 | | 转移支出 | | 丧葬补助金支出 | | 人数合计 | 金额合计 |
| 享受人数 | 基础养老金支出  金额 | 享受人数 | 个人账户养老金支出金额 | 领取人数 | 支出金额 | 转移人数 | 支出金额 | 支出人数 | 支出金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 业务科室核定意见：  核定人： 年 月 日（签章） | | | | | | 单位领导审批意见： | | | | | | |
| 审批人： 年 月 日（签章） | | | | | | |

制表人： 制表日期： 年 月 日

**注：**本表一式三份，县社保机构业务、财务及县财政部门各留存一份。附件10

居民基本养老保险基金支付汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ 年 月） | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）： | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 乡镇  （街道） | 村（居）委会名称 | 按月享受基础  养老金支出 | | 按月享受个人  账户养老金支出 | | 一次性领取个人账户资金余额支出 | | 转移支出 | | 丧葬补助金支出 | | 人数合计 | 支出金额合计 |
| 人数 | 金额 | 人数 | 金额 | 人数 | 金额 | 人数 | 金额 | 人数 | 金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计金额（大写） | | |  | | | | | | | | | | | |
| 业务制表人: 打印日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 财务复核人： 负责人： | | | | | | | | | | | | | | |
| **注：**本表一式两联，由业务经办人员打印，一份交财务人员记账，一份业务归档。 | | | | | | | | | | | | | | |

附件11

居民基本养老保险注销登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属村（居）委会： | |  |  | 填表日期： 年 月 日 | | |
| 参保人姓名 |  | | | | | |
| 公民身份号码 |  | | | | | |
| 注销原因 | 已享受其他基本养老保障待遇，起始时间：年月 | | | | | |
| 丧失国籍，丧失国籍时间：年月 | | | | | |
| 死亡，死亡时间：年月 | | | | | |
| 其他，说明： | | | | | |
| 注销日期 |  | | | | | |
| **以下为参保人或指定受益人（法定继承人）填写** | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生日期 |  |
| 与参保人关系 |  | | | | | |
| 公民身份号码 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | |
| 居住地址 |  | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | |
| 银行名称 |  | | | | | |
| 申请人承诺：  以上填写内容真实无误，如不属实，自愿承担相应的法律责任。  申请人： 年 月 日（签章） | | | | 乡镇（街道）服务中心或  县社保机构意见：  经办人： 年 月 日（签章） | | |
| **注：**1.填写“注销原因”一栏时，请在相关选项“”内打“√”。  2.线上服务渠道受理的，利用人脸识别等实名认证方式代替纸质签章。 | | | | | | |

附件12

居民基本养老保险关系跨省转入申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |  |
| 填表日期： 年 月 日 | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 公民身份号码 |  | | | 联系电话 |  |
| 居住地址 |  | | | | |
| 原户籍地地址 |  | | | | |
| 现户籍地地址 |  | | | | |
| 申请人（签章）： 年 月 日 | | | | | |
| 县级社保机构审核（签章）： 年 月 日 （公章） | | | | | |
| **注：**线上服务渠道受理的，利用人脸识别等实名认证方式代替纸质签章。 | | | | | |

附件13

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居民基本养老保险关系跨省转入  接 收 函 | | | | | |
| 转入函字〔 〕第 号 | | | | | |
| ： | | | | | |
| 经审核，同意将 的养老保险关系转入我县（市、区），请予办理相关手续： | | | | | |
|
| 姓名 |  | 公民身份号码 |  | | |
| 性别 |  | 户籍地址 |  | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 请将该参保人员的个人账户基金汇入下列账户： | | | | | |
| 账户名： |  |  |  |  |  |
| 开户行： |  |  |  |  |  |
| 账 号： |  |  |  |  |  |
|  | 特此函告。 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| 单位名称（章）： 年 月 日 | | | | | |
| 地 址： | | | | | |
| 邮 编： | |  |  |  | |
| 联系电话： | |  |  |  | |
| 经办人： 制表日期： | | | | | |
| **注：**此表一式两联，转入地、转出地县社保机构各留存一份。 | | | | | |

附件14

居民基本养老保险关系跨省转出审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | 性别 | | |  | | |
| 公民身份号码 | |  | | | | 出生日期 | | |  | | |
| 户籍地址 | |  | | | | 参保时间 | | |  | | |
| 居住地址 | |  | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 转出地村（居）委会 | |  | | | | 转入地村（居）委会 | | |  | | |
| 转出地县级社保机构 | |  | | | | 转入地县级社保机构 | | |  | | |
| 缴费起始时间 | |  | 缴费终止时间 | |  | 累计缴费年限 | | |  | | |
| 历年个人账户明细（元） | | | | | | | | | | | |
| 年份 | 个人缴费 | 补助（资助） | | | 政府补贴 | | | 利息 | 其他 | 至本年末个人账户累计储存额 | 备注 |
| 村 | | 其他 | 省 | 市 | 县 |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 转出时间 | |  | | | | | | | | | |
| 转出金额 | |  | | | | 大写 | |  | | | |
| 转出原因 | |  | | | | | | | | | |
| 转出地县（市、区、旗）级社保机构意见：  经审核，该参保人员符合城乡居民基本养老保险转移条件，同意其从即日起转出城乡居民养老保险关系和个人账户储存额。  经办人：  年 月 日（签章） | | | | | | | | | | | |
| 制表人： 经办人： 制表日期： | | | | | | | | | | | |
| **注：**此表由转出地县社保机构通过信息系统打印生成。一式两份，转入地、转出地县社保机构各留存一份。 | | | | | | | | | | | |

附件15

居民基本养老保险个人账户归集信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 县（市、区）: | |  |  |  |  |  |  | | 时间： 年 月 日 | | |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 公民身份号码 | |  | | 户籍地址 |  | |
| 待归集地社保机构 | |  | | | 归集原因 | |  | | 参保人联系电话 |  | |
| **归集地社保机构信息** | | | | | | | | | | | |
| 社保机构名称 | |  | | | 联系电话 | |  | | 开户行 |  | |
| 账户名 | |  | | | 银行账号 | |  | | 银行行号 |  | |
| **待归集地社保机构填写以下信息** | | | | | | | | | | | |
| 参保日期 | |  | 缴费起始日期 | |  | | 缴费终止日期 |  | | 累计缴费年限 |  |
| 历年个人账户明细（元） | | | | | | | | | | | |
| 年份 | 个人缴费 | 补（资）助 | | 政府补贴 | | | 利息 | | 其他 | 个人账户  累计储存额 | 备注 |
| 村 | 其他 | 省 | 市 | 县 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 归集金额合计 | |  | | | | | 归集日期 | | |  | |
| 归集地社保机构：  经审核，该参保人员符合居民养老保险归集条件，同意其从即日起归集居民养老保险关系和个人账户储存额。  经办人： 年 月 日（签章） 联系电话: | | | | | | | | | | | |

**注：**1.此表一式两份，归集地、待归集地社保机构各留存一份。

2.个人缴费、补（资）助、政府补贴其中包含的项目根据系统记录生成。