附件1

城乡居民基本养老保险参保登记表

 填写日期: 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 |
| 信息变更 | 序号 | 变更项目 | 变更前信息 | 申请变更为 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 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。参保人：　　 　　年　　月　　日（签章） | 县（市、区）社保机构审核意见：经办人：　　 　　 年　　月　　日（签章） |

填表说明：1．\*项为参保人员必填项，非\*项由社保机构通过信息共享获取，暂无法获取的，可由参保人员填写。

2．变更登记时，仅需在需要变更的项目填写内容。

3．线上渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

4．线上渠道应默认显示最新的留存信息，供参保人员直接修改信息完成变更。

5．本表最终由县（市、区）社保机构留存。

附件2

城乡居民基本养老保险费补缴申请表

所属村（居）委会: 填写日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  |
| 公民身份号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 户籍所在地址 |  |
| 现居住地址 |  |
| 参保时间 |  年 月 日 | 补缴方式 | □一次性补缴 □ 按年度补缴 |
| 补缴年度 | 补缴标准 | 补缴总额 |
|  年至 年 | 元/年 | 元 |
|  年至 年 | 元/年 | 元 |
|  年至 年 | 元/年 | 元 |
| 城乡居民基本养老保险个人缴费由税务部门统一征收，参保人员可选择税务部门提供的缴费方式缴费。 |
| 申请人声明：以上填写内容正确无误。申请人：　　 　年　　月　　日（签章） | 经办人：　　 　　年　　月　　日（签章） |
| 审核意见：审核人：　　　　年　　月　　日（签章） | 县（市、区）社保机构复核意见：复核人：　　 　　 年　　月　　日（签章） |

填表说明：本表由参保人员填写,本表一式两份，参保人员和县（市、区）社保机构各留存一份。

附件3

城乡居民基本养老保险办理结果告知书

编号：

：

你于 年 月 日申请办理 业务。经审核（核查），现 将办理结果告知如下：

□参保登记审核不通过 原因：

□信息变更审核不通过 原因：

□正常待遇审核不通过 原因：

□死亡待遇审核不通过 原因：

□退个人账户审核不通过 原因：

□个人账户记录异议核查 核查结果（处理）：

如不服上述结果，可自收到本告知书之日起 60 日内向行政复议机关申请行政复议，或在 6 个月内向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。

（签章）

 年 月 日

申请人（签名）： 年 月 日

代办人（签名）： 年 月 日

说明：1.本表申请人特指参保人、指定受益人或法定继承人。

2.互联网服务渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

3. 表一式两联，申请人、县级社保机构各留存一联。

附件4

城乡居民基本养老保险补助/资助明细表

补助类型:□集体补助 □社会捐助 □政府资助 □其他： 编号：

填报单位： 补、（资）助单位（个人）：

 村（社区）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 公民身份证号码 | 补助（资助）额 | 备注 |
|
|  |  |  | 0 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合计：补助对象 人，补助总额 元。 大写： 亿 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 （￥ ） |
| 填表人(签章）： 年 月 日 审核人（签章）： 年 月 日 |

说明：本表一式三联，村（居）民委员会（其他出资单位或个人）、社会保险经办机构、金融机构各留存一联。

附件5

城乡居民基本养老保险个人权益记录单

单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 首次参保日期 |  |
| 公民身份号码 |  | 累计缴费年限 |  |
| 户籍地址 |  | 联系电话 |  |
| 居住地址 |  | 参保状态 |  |
| 年度 | 缴费类型 | 个人账户收入 | 发放养老待遇 | 个人账户余额 |
| 个人缴费 | 补助（资助） | 政府补贴 | 利息 | 其他 | 个人账户支出 | 基础养老金 | 年限养老金 |
| 村 | 其他 | 省 | 市 | 县 | 政府补贴部分 | 个人缴费及其他部分 | 中央 | 省 | 市 | 县 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

经办人： 申请人（签名）： 代办人（签名）：

说明：1.本表申请人特指参保人、指定受益人或法定继承人。2.互联网服务渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

3.本表一式两联，申请人、县级社会保险经办机构各留存

附件6

城乡居民基本养老保险待遇领取告知书

制表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 公民身份号码 | 　 | 出生年月 | 　 |
|  根据参保信息显示，您于 年 月参加城乡居民基本养老保险，将于 年 月达到待遇领取年龄。现将您的历年缴费明细附在表后，请您核实。根据历年缴费明细，发现： |
| □您符合待遇领取条件，预估权益为 元/月（预估权益不代表最终权益，以最终核定结果为准），请通过线上渠道或线下渠道办理待遇领取手续。 |
| □您不符合待遇领取条件。原因：实际缴费年限不足15年，如需领取待遇，请办理补缴手续。 |
| 实际缴费年限： | 　 | 享受待遇应补缴的年限： | 　 |
| □您不符合待遇领取条件。原因： |
| 社保机构 | 　 | 联系电话 | 　 | 单位地址 | 　 |

填表说明：此表可由县（市、区）社保机构打印生成，选择性项目，在“□”内打“√”。

附件7

城乡居民基本养老保险待遇核定表

填报单位 单位：元 打印时间 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 | 　 | 性 别 | 　 | 公民身份号码 | 　 |
| 出生年月 | 　 | 实际缴费年限 | 　 | 补缴年限 | 　 | 参保时间 | 　 |
| 个人账户累计储存额 | 　 | 个人缴费总额 | 　 | 补助（资助）总额 | 　 | 政府补贴总额 | 　 | 利息总额 | 　 |
| 待遇领取金额 | 　 | 个人账户养老金领取金额 | 　 | 基础养老金领取金额 | 　 | 其他金额 | 　 | 启领时间 | 　 |  年 月  | 　 |
|  县（市、区）社保机构审核： 年　　 月　　 日（签章） |
|  参 保 人 确 认： 年　　 月　　 日（签字） |

填表说明：线上渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

附件8

城乡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 日，城乡居民基本养老保险基金共需支付 元（详见城乡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 | 　 |
| 城乡居民基本养老保险基金应支明细 |
| 乡 镇 | 按月领取基础养老金支出 | 按月领取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 | 丧葬费支出 | 人数合计 | 金额合计 |
| 领取人数 | 基础养老金支出金额 | 领取人数 | 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

填表说明：本表一式三份，县（市、区）社保机构业务、财务及县（市、区）财政部门各留存一份。

附件9

城乡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 | 按月领取基础养老金支出 | 按月领取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 | 丧葬费支出 | 人数合计 | 支出金额合计 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 领取人数 | 支出金额 | 领取人数 | 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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计金额（大写） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

业务制表人: 打印日期：年 月 日

财务复核人： 主管负责人：

填表说明：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10

城乡居民基本养老保险注销登记表

所属村（居）委会： 填写日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 参保人员姓名 | 　 |
| 公民身份号码 | 　 |
| 注销原因 | □丧失国籍，丧失国籍时间： 年 月 |
| □已享受其他基本养老保险待遇，起始时间： 年 月 |
| □死亡，死亡时间： 年 月 |
| □其他（说明： ） |
|  注销日期： |
| **以下为指定受益人或法定继承人填写** |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 出生日期 | 　 |
| 与参保人员关系 | 　　　　　 |
| 公民身份号码 | 　 |
| 联系电话 | 　 |
| 居住地址 | 　 |
| 领取个人账户余额的指定银行 | 　 |
| 银行账号 | 　 |
| 城乡居民基本养老保险个人账户资金余额由银行代发，凭身份证到指定银行领取。 |
| 　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） | 　 县（市、区）社保机构审核意见：　　 　　　 经办人：　　年　　月　　日（签章） |

填表说明：1．填写“注销原因”一栏时，请在相关选项后的□内打“√”。

2．线上渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

附件11

城乡居民基本养老保险个人账户注销结算表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 联系电话 |  | 申请注销时间 |  |
| 初始参保时间 |  | 公民身份号码 |  |
| 注销原因 |  | 家庭住址 |  |
| 个人缴费总额 |  |  |
| 补助总额 |  |
| 政府补贴总额 |  |
| 个人账户余额 |  |
| 丧葬补助费 |  |
| 注销结算总额 |  |
| 大写： |  |
| 申请人姓名 |  | 与参保人关系 |  |
| 申请人公民身份号码 |  | 联系电话 |  |
| 申请人签字：日期： | 经办人签字：日期： | 审核人签字：日期： |
|

注：注销原因：户籍迁移、死亡、转企业职工等。

附件12

城乡居民基本养老保险关系转入申请表

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（市、区）社保机构审核（签章）： 年 月 日  |

填表说明：线上渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

附件13

城乡居民基本养老保险关系转入

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（区、市），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。　 |
|  年 月 日 |
| 单位名称（章）： |
| 地 址 | 　 |
| 邮 编 | 　 |
| 联系电话 |  |

经办人： 制表日期： 年 月 日

填表说明：此表一式两联，转入地、转出地县（市、区）社保机构各留存一份。

附件14

城乡居民基本养老保险关系转出审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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）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基本养老保险关系和个人账户储存额。经办人：年 月 日（签章） |

填表说明：此表由转出地县（市、区）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（市、区）社保机构各留存一份。