**基本养老保险一次性支付申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人填写  | 参保人姓 名 |  | 社会保障码(居民身份证号码) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参保时间 |  年 月 | 已缴费年限 |  年 个月 | 终止保险日期 | 年 月 日 |
| 申请人 姓 名 |   | 申请人与参保人关系 |   | 联系电话 |   |
| 申请人银行账号 |  | 发放银行 |  |
| 申请事项 | 是否一次性退保  | 是否申领一次性丧葬补助费和抚恤金  |
| 承诺事项 | 以下情况，请在下划线上填是或否：1. 是否异地参保，若是，请填写具体参保地
2. 是否申领工亡待遇

 本人郑重承诺填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，同时知悉本人如做出不实承诺，须接受所造成的的一切后果及其法律责任。承诺人签名：  |
| 以 下 由 社 保 经 办 机 构 填 写 |
| **一次性退保 ( 退保类型： )**  |
| 个人账户储存额 或继承额 | 其中：个人缴费储存额 | 95年底前支付统筹待遇 | 丧葬补助费 金额 | 抚恤金 | 合计 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6=1+3+4+5 |
|  |  |  |  |  |  |
| 合计（大写）： 万 仟 佰 拾 元 角 分 ￥： |
| 社保意见：储存额继承额经审核，实发丧葬补助费 元，抚恤金 元，个人账户 元，95年前底统筹待遇 元，合计一次性支付 元。 社保中心盖章经办： 复核： 年 月 日 |

填报日期： 年 月 日