基本养老保险清退一次性支付审批表

单位编号： 单位名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人姓名** |  | **性别** |  | **身份证号码** |  |
| **缴费类别** | □企事业单位人员 □原公务员参保 □个体参保 |
| **支付类型** | □退休前死亡 □港澳台定居 □出国定居□到达退休年龄但关系已无法转移 □公务员退休 |
| **清退实际****缴费年限** | 年 月—— 年 月 | 清退金额 | 含息，社保拨付前填写： 元 |
|  实际缴费共 年 月 |
| **所在单位意见** | **社保办理意见** |
| 意见：（公章） 年 月 日 | 符合办理退保条件，材料已核。经办人签名 年 月 日  |
| **社保业务部门****审批意见** |  负责人签名 年 月 日（盖章） |
| **领****取****人****信****息** | 姓名 |  | 与参保人关系 |  | 身份证号码 |  |
| 开户银行 |  |
| 户 名 |  |
| 账 号 |  |
| 经办人签名 |  | 联系电话 |  |

本表一式三联，第一联财务，第二联业务，第三联个人。