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。