养老保险重复缴费个人账户清退申请表

单位名称(章)： 单位编号： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | | **身份证**  **号码** | | |  | | | | | **个人编号** |  |
| **转移情况** | （ ）跨省转入——转入地清退  （ ）省内转入——清退在转入地重复缴费部分  （ ）省内转出——清退在转出地重复缴费部分 | | | | | | | | | | | | |
| **重复缴费段个账情况** | 一 | | 原个人账户中“其他缴费部分” 元  为重复参保个人缴费金额。 | | | | | | | | | | 清退金额合计  元  第  一  联 |
| 二 | | 社保机构 | | | 重复缴费起止年月 | | | 月数 | | 对应金额 | |
|  | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| **参保人清退**  **申请** | **请按规定清退本人重复参保缴费期间的个人账户相关金额。**  参保人：  联系电话：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **社保复核意见** | **经核，符合国家及我省相关规定，予以清退重复缴费期间的个人账户或个人缴费部分。**  经办人： 复核人：  （业务章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| **参保人**  **银行账户信息** | 户 名 | | | |  | | | | | | | | |
| 开户银行 | | | |  | | | | | | | | |
| 银行账号 | | | |  | | | | | | | | |
| **申请人** | |  | | | | | | **联系电话** | |  | | | |

**说明：**（1）本表用于清退养老保险转移人员重复缴费期间个人账户或个人缴费部分的申请。

（2）本表一式三联，财务、业务、参保人各一份。