|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  基本养老保险关系转移接续申请表 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 公民身份号码 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 原个人编号 | 　 | 户籍所在地 | 　 |
| 原参保所在地区名称 |  | 原参保地社 保机构行政 区划代码 | 　 |
| 原参保地社保机构名称 | 　 | 原参保地社保机构联系电话 | 　 |
| 原参保地社保机构地址 | 　 | 原参保地社保机构邮政编码 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
|  参保单位（章）: |  |  |  申请人（签字）： |
|  联系电话： |  |  联系电话： |
|  | 年 月 日 |  |  | 年 月 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注： 1.落款中的参保单位和申请人，二选一即可。 2.此件一式两份，申请单位（个人）、受理社保经办机构各一份。(一式两联) |  |
|  |