云南省企业职工基本养老保险参保人员

一次性待遇申领表

单位名称： 单位编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保人员姓名 |  | 证件号码 |  |
|  个人编号 |  | 性别 |  |
| 民族 |   | 终止时间 |  年 月  |
| 人员类型 | □在职 □退休 | 业务类型 | □一次性支付个人账户□丧葬补助金、抚恤金 |
| 终止原因 | □死亡 □丧失国藉 □累计缴费年限不足最低缴费年限□重复参保 □重复领取待遇 |
| 申领人姓名 |  | 申领人证件号码 |  |
| 账户名称 |  | 开户银行名称 |  |
| 申领人与参保人关系 |  | 申领人电话 |  |
| 银行账号 |  |
|  **以上项目真实填写，若与实际情况不符，愿承担相关责任。** |
|  申领人签名及手印： 单位经办人： 单位名称（章）：   年 月 日 |

填表说明：1.个人申报业务的，填写申领人的银行账户信息。

 2.单位申报业务的，填写单位银行账户信息。

 3.个人申报业务的，在承诺栏中无需填报单位信息。