城乡养老保险制度衔接申请表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

根据《城乡养老保险制度衔接暂行办法》有关规定，本人申请将原在 省（区、市） 市（区） 县（市）建立的养老保险关系（［ ］企业职工基本养老保险［ ］城乡居民基本养老保险）转移至你处，特此申请。

|  |
| --- |
| 参保人员员基本信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 公民身份号码 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 原个人编号 |  | 户籍地地址 |  |
| 申请转移至 | ［ ］企业职工基本养老保险［ ］城乡居民基本养老保险 |
| 转出地社会保险经办机构信息 |
| 行政区划代码 |  | 社保经办机构名称 |  |
| 地址 |  | 联系电话 |  | 邮政编码 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

 |

 申请人：

 联系电话：