云南省机关事业单位工作人员基本养老保险参保人员

个人账户一次性待遇申领表

单位名称（盖章）： 单位编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 证件号码 |  | |
| 个人编号 |  | 性别 |  | |
| 险种 | □基本养老保险  □职业年金 | 人员类型 | □在职 □退休 | |
| 终止原因 | □死亡 □其他  □丧失中国国籍 | 实际终止年月 | 年 月 | |
| 申请资金 | □个人账户余额 □丧抚费 | | | |
| 领取方式 | □支付到单位 □支付到个人 | | | |
| **支付到单位填写** | | | | |
| 单位名称 |  | | | |
| 经办人 |  | 联系电话 |  | |
| 单位开户银行名称 |  | 单位银行账户名称 |  | |
| 银行账号 |  | | | |
| **支付到个人填写** | | | | |
| 领取人姓名 |  | 证件号码 | |  |
| 联系电话 |  | 开户银行名称 | |  |
| 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。** | | | | |
| 单位经办人： 单位人事部门负责人：  年 月 日 | | | | |

填表说明

1.本表是办理参保人员死亡、丧失中华人民共和国国籍、达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费的，办理个人账户一次性支付业务时填写。

2．单位名称：与有关机关批准成立证件或其他核准执业证件中的单位名称一致。

3．单位编号：参保单位首次参保时确定的社会保险编号。

4．姓名、公民身份号码与有效身份证件内容一致。

5．个人编号：指参保人员在社会保险经办机构数据库中的编号。

6．实际终止年月：丧失中国国籍的，填写已获得外国国籍的时间；死亡的填写指死亡时间。

7．终止原因：按丧失中国国籍、死亡等据实填报。

8. 单位银行账号：填写可收款的一般账户信息。