云南省企业职工基本养老保险参保人员一次性缴费申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 单位参保编号 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | | | 个人参保编号 |  |
| 本人申请 | 本人符合以下情形（勾选项），申请一次性补缴企业职工基本养老保险费。  □延伸缴费五年后未满最低缴费年限一次性缴费，本人选择缴费基数为 。  □依据人民法院、审计部门、劳动保障监察部门、劳动人事争议仲裁委员会或社会保险稽核部门出具的法律文书一次性补缴。  □劳动合同制职工应缴未缴补缴。  申请人（签字）：  年 月 日 | | | | |
| 申请单位  意见 | 经办人： 单位（签章）：  年 月 日 年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

提示：“申请单位意见”栏，自谋职业和灵活就业人员不填写。