附件1

**社 会 保 险 登 记 表**

**单位名称（公章）**

**申 请 日 期**

**xxxxxxxxx制**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
|  地 址 |  | 邮编 |  |
| 组织机构代 码 证信 息 | 机构代码： |
| 机构类型： |
| 有效期限： |
| 颁发单位： |
| 批准成立信 息 | 批准单位： |
| 批准日期： |
| 批准文号： |
| 法定代表人或负责人 | 姓 名： |
| 公民身份号码： |
| 电 话： |
| 经办部门及负责人 | 部门名称： |
| 姓 名： |
| 电 话： |
| 经办人员 | 姓 名： |
| 电 话： |
| 单位性质 |  | 经费来源 |  | 隶属关系 |  |
| 主管部门 |  | 编制人数 |  | 退休人数 |  |
| 在编人数 |  | 其中 | 财政全额拨款 |  |
| 非财政全额拨款 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本养老保 险 | 开户银行 |  | 户 名 |  |
| 银行账号 |  |
| 职业年金 | 开户银行 |  | 户 名 |  |
| 银行账号 |  |
| 参加险种情 况 | 参 加 险 种 | 参 加 日 期 | 参保地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 备 注 |  |
| 社保经办机构审核意 见 | 经办人（章） 复核人（章） 社保机构（章） |
| 社会保险登记编号： |

**填写说明**

1.本表由用人单位申请办理社会保险登记时填写。此表一式两份，分别由用人单位和社保经办机构留存。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.地址、邮编：按单位所在的详细地址填写，应写明所在区（县）、街（乡、镇）、路（道、胡同）和门牌号码及邮编。

4.组织机构代码证信息：指国家质量技术监督部门颁发的《中华人民共和国机构代码证》中的相应信息。

5.批准成立信息：指有关机关批准成立的文书或其它核准执业证件上的相应信息。

6.法定代表人或负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的分支机构，填写单位主要负责人有关信息。

7.经办部门及负责人：填写参保单位负责本单位社会保险相关业务的部门及部门负责人信息。

8.经办人员：填写参保单位办理社会保险相关业务工作人员有关信息。

9.单位性质：按照机关、参照公务员法管理的事业单位、事业单位（公益一类、公益二类）、社会团体分类填写；

10.经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。

11.隶属关系：按中央属、部属、省属、市属、县属、乡镇属和部队分类填写。

12.主管部门：填写参保单位的上级主管部门。无上级主管部门的，本项可以不填写。

13.编制人数：编制部门最后一次核准参保单位的人员编制总数。

14.在编人数：在参保单位工作并领取工资的实有在职在编人数。

15.退休人数：参保单位原在编人员中已办理退休的人数。

16.开户银行、户名、银行账号：参保单位缴纳社会保险费、职业年金的开户银行、户名及银行账号。

17.参加险种及时间、参保地：参保单位在社保经办机构参加的各类险种及参加时间、参保地，按照机关事业单位基本养老保险、城镇职工基本养老保险、职业年金、基本医疗保险、工伤保险、生育保险、失业保险、企业年金和补充医疗保险等分类填写。

 18.备注：需要说明的其他情况。

 19.社会保险登记编号：与颁发的社会保险登记证中编号一致，由信息系统依据编码规则自动生成，社保经办机构审核后填写。

20.所属分支机构随单位一起参保的，请在本表后附页列明分支机构明细。

附件2

**机关事业单位基本养老保险参保单位信息变更申报表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 社会保险登记编号 |  |
| 请在下列项目中选择需要办理的内容： |
| □变更登记 □暂停结算 □恢复结算□注销登记 □补换登记证 □其 他 |
| 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 需说明的情况:单位负责人: 经办人：年 月 日 年 月 日 （公章） |
| **以下由社保经办机构填写** |
| 初审人： | 复核人： | 部门负责人： |
|  签名：  年 月 日 |  签名：  年 月 日 |  签名：  年 月 日 |

**填写说明**

1.本表是参保单位到社保经办机构办理社会保险变更登记、注销登记、补证等业务时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致。

3.社会保险登记编号：指社会保险登记证上记录的社会保险登记编号。

4.变更项目：参保单位变更登记的事项。

5.变更前内容：参保单位变更登记事项在现有社会保险登记证中的内容。

6.变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分。

7.备注: 参保单位登记变更项目和内容时，需要注明的事项。

8.需说明的情况：参保单位申报办理业务时，选择其他选项或需要说明情况的，填写本项目。

9.单位负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的分支机构，填写单位负责人有关信息。

 10.经办人：填写用人单位办理社会保险相关业务工作人员有关信息。

附件3

**社会保险登记证验证表**

单位名称（章）： 社会保险登记编号： 　 年 月 日 单位：人/元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保险登记事项年末情况 | 单位地址 | 　　 | 邮政编码 | 　 |
| 法人代表或负责人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 经办部门 | 　 | 经办人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 开户银行 | 　　 | 户 名 |  |
| 银行账号 | 　 |
| 参保单位工作人员基本情况 | 上年度期末在编人数 | 　　 |
| 其中：在职人数 | 　 |
|  上年度期末在职参保人数 | 　 |
| 按在岗职工平均工资300%缴费的人数 |  |
| 按在岗职工平均工资60%缴费的人数 |  |
|  在职参保人数增减情况说明：　 |
| 参保单位缴费情况 |  上年度核定单位缴费基数总额 |  |
|  应缴社会保险费总额 | 　　 | 实缴社会保险费总额 |  |
|  其中： | —— |  其中： | —— |
|  应缴养老保险费 |  |  实缴养老保险费 |  |
|  应缴医疗保险费 |  |  实缴医疗保险费 |  |
|  应缴失业保险费 |  |  实缴失业保险费 |  |
|  应缴工伤保险费 |  |  实缴工伤保险费 |  |
|  应缴生育保险费 |  |  实缴生育保险费 |  |
|  欠费情况说明：　 |
| 需说明的其他情况  | 　　　　　 |
| 备注 | 　　 |

参保单位制表人： 　　　　 　　　社保机构审核人： 　 社保机构（章）

参保单位负责人： 　　　　　　 社保机构复核人：

**填写说明**

1.本表是参保单位办理社会保险登记证验证业务时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：参保单位社会保险登记证上记录的社会保险登记编号。

4.单位地址：按单位所在的详细地址填写，应写明所在区（县）、街（乡、镇）、路（道、胡同）和门牌号码。

5.法人代表或负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的分支机构，填写单位主要负责人有关信息。

6.经办部门、经办人：填写参保单位负责本单位社会保险相关业务的部门及办理社会保险相关业务工作人员有关信息。

7.开户银行、户名、银行账号：参保单位缴纳社会保险费的开户银行、户名、银行账号。

8.上年度末在编人数、在职人数：上年度12月份参保单位在编的工作人员数和在职人数。

9.上年度期末在职参保人数：上年度12月份在本单位参保缴费的在职工作人员数。

10.按在岗职工平均工资300%缴费的人数、按在岗职工平均工资60%缴费的人数：上年度1月1日至12月31日期间，在参保单位工作并缴纳了机关事业单位基本养老保险费的工作人员中，按照在岗职工平均工资300%缴费和按在岗职工平均工资60%缴费的人数。

11.参保职工人数增减情况说明：上年度参保单位职工增减变化情况。

12.参保单位缴费情况：按照社保经办机构核定的上年1月1日至12月31日的缴费基数总额和养老、医疗、工伤、失业、生育保险的征缴计划分别对应填写应缴金额；按照单位实际缴纳的养老、医疗、工伤、失业、生育保险费分别对应填写实缴金额；如有欠费的，应对以上各险种的欠费情况予以说明。

附件4

**机关事业单位工作人员基本信息表**

单位名称（公章）：社会保险登记编号：填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **公民身份号码** | **出生日期** | **民族** | **参加工作时间** | **退休时间** | **户籍****所在地** | **联系方式** |
| **通讯地址** | **邮政编码** | **固定电话** | **手机号码** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人：单位经办人：

填写说明：

1、社会保险登记编号：参保单位社会保险登记编号。

2、本表填写的对象为：纳入参保范围的机关事业单位工作人员和改革启动时点至单位首次办理参保登记期间办理退休手续的退休人员。

3、姓名、性别、公民身份号码、出生日期、民族、户籍所在地：按照身份证件上的相关信息进行填写。

4、参加工作时间：按照国家政策规定确认的首次参加工作时间。

5、退休时间：改革时点尚未退休，单位办理首次参保登记时已正式办理退休手续的人员，按照退休审批表上确定的退休时间填写，在职工作人员不填写。

6、各省、自治区、直辖市社保经办机构可根据实际情况新增附表增加信息采集项目(新增附表可一人一表也可多人一表)。

附件5

**机关事业单位基本养老保险参保人员信息变更表**

单位名称 ：社会保险登记编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 |  | 姓 名 |  |
| 公民身份号码 |  |
| 请在下列项目中选择人员参保状态： |
| □在职人员 □退休人员  |
| 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 需说明的情况:负责人（单位公章）: 经办人：  年 月 日 年 月 日  |
| **以下由社保经办机构填写** |
| 初审人： | 复核人： | 部门负责人： |
|  签名：  年 月 日 |  签名：  年 月 日 |  签名：  年 月 日 |

**填写说明**

1.本表是参保单位到社保经办机构办理参保人员信息变更时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致。

3.社会保险登记编号：参保单位社会保险登记证记录的社会保险登记编号。

4.姓名、公民身份号码：按照参保人员有效身份证件上的相关信息填写。

5.个人编号：指参保人员在社保经办机构数据库中的编号。

6.变更项目：参保人员变更登记的事项。

7.变更前内容：参保人员变更登记事项在现有社会保险登记中的内容。

8.变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分。

9.备注: 参保单位申报办理变更登记的项目和内容中，需要注明的事项。

10.需说明的情况：有需要说明情况的，填写本项目。

附件6

**机关事业单位基本养老保险参保人员业务申报表**

**单位名称（盖章）： 社会保险登记编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人 状态 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码 | 申报项目 | 具体内容 | 备注 |
| 在职 | 退休 | 新增 | 转入 | 转出 | 暂停 | 恢复 | 补缴 | 退费 | 终止 | 其他 | 起止年月 | 工资 |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。**

经办人： 申报日期：年月日 本页第页，共页

附件7

**机关事业单位基本养老保险工资总额申报表**

年度

单位名称（章）： 社会保险登记编号： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 个人编号 | 公民身份号码 | 发放工资起止月份 | 年工资总额 | 月平均工资 | 本人签字 | 备注 |
| 起始月 | 终止月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位工资总额 | --------- | ------- | -------- |  |  |  |  |

单位负责人： 经办人： 填报日期： 年 月 日

附件8

**机关事业单位基本养老保险费征缴通知单**

征缴属期： 限缴期限： 缴费方式:单据号码:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保单位开户行 |  | 开户户名 |  | 银行账号 |  |
| 征收机构开户行 |  | 开户户名 |  | 银行账号 |  |
| 缴费单位信息 | 单位名称 |  | 人员信息 | 期初在职人数 |  |
| 社会保险登记编号 |  | 增加 |  |
| 单位性质 |  | 减少 |  |
| 经费来源 |  | 期末在职人数 |  |
| 缴费信息 | 单位缴费基数 |  |  截止上月累计欠缴额 |  |
| 单位缴费比例 |  | 其中:本年欠缴额 |  |
| 单位缴费额 |  | 其中:以前年度欠缴额 |  |
| 个人缴费基数 |  | 补缴信息 |  补缴本金 |  |
| 个人缴费比例 |  | 补缴利息 |  |
| 个人缴费额 |  | 补缴总额 |  |
| 异动补收(退)金额 |  |  滞纳金 |  |  |
| 其它应缴金额 |  |  |  |  |
| 本月应缴合计 |  |  |  |  |
|  累计应缴基金总额 |  |

制表日期: 年 月 日

附件9

**机关事业单位基本养老保险参保人员**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码 |  |
|  个人编号 |  | 性 别 |  |
| 申报日期 |  年 月 | 批准退休时间 |  年 月 |
| 参加工作时间 |  年 月 | 退休审批部门 |  |
| 退休时职务（称） |  | 改革时职务（称） |  |
| 是否领导职务 | □是 □否 | 退休时技术等级 |  |
| 退休人员联系信息 | 常住地址 | 省（市）区（县）街道（乡镇）路弄号室 |
| 邮政编码 |  | 联系电话 | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  |
| 申办业务类型 |  养老金□ 病残津贴□ |
| **支付到个人实名制结算账户的，请填写下列内容：**开户银行名称 ：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 户名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。** |
|  本人签名： 单位经办人签章：  制表日期： 年 月 日 |

养老保险待遇申领表

**单位名称（盖章） ： 社会保险登记编号：**

**填写说明**

1.本表用于参保单位达到法定退休年龄并符合机关事业单位基本养老保险养老金领取条件的参保人员填写。

2.单位名称：按有关机关批准成立的文件或其他核准执业证件中的单位名称填写。

3.社会保险登记编号：与颁发的社会保险登记证中记录的社会保险登记编号一致。

4.姓名、公民身份号码、性别等个人信息应与有效身份证件内容一致。

5.个人编号：指参保人员在社保经办机构数据库中的编号。

6.申报日期：指申报核定养老保险待遇日期（一般是参保人员批准退休当月）。

7.批准退休时间：按现行人事管理权限审批的退休材料确定的退休时间填写。

8.参加工作时间：按照国家政策规定确认的首次参加工作时间。

9.退休审批部门：按现行人事管理权限批准其退休的单位或部门。

10.退休时职务（称）：指基本养老金申领人在退休审批时的职务、职称。

11.改革时职务（称）：指基本养老金申领人在《决定》确定的改革时点时的职务或职称。

12.是否领导职务：指基本养老金申领人的职务是否同级实职。

13.退休时技术等级：指基本养老金申领人退休时的技术等级。

14.常住地址、邮政编码、联系电话：指养老金申领人相对固定的长期居住地址，可与身份证登记住址不一致，邮政编码、联系电话相应填写。

15.开户银行名称、户名、账号：填写基本养老金申领人本人在银行开设的可用于按月存入基本养老金的个人账户信息。

附件10

**机关事业单位基本养老保险参保人员**

**基本养老金计发表**

单位名称： 社会保险登记编号： 单位：年、元/月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 公民身份号码 | 个人编号 | 性别 | 出生时间 | 参加工作时间 |
|  |  |  |  |  |  |
| 退休时间 | 退休时职务（职称） | 退休类别 | 首次缴费时间 |
|  |  |  |  |
| 建立个人账户时间 | 视同缴费年限 | 累计缴费年限 | 实际缴费年限 |
|  |  |  |  |
| 退休时上年度全省在岗职工平均工资 |  | 平均缴费指数 |  |
| **按新办法计算月基本养老金** |
| 月基本养老金小计(1)=(2)+(3)+(4) | 基础养老金（2） | 过渡性养老金（3） | 个人账户养老金（4） |
|  |  |  |  |
| 按月计发职业年金金额（5） | 新办法月养老待遇合计（6）=(1)+(5) | **按原办法计算月退休金（7）** |
|  |  |  |
| 新办法高于原办法金额 |  | 发给比例 |  | 发给金额 |  |
| 其他 |  | 实发月养老金合计 |  |
| **社保经办机构意见** |
| 计发月养老金为人民币 元，从　　年　　月起执行。经办人： 复核人： 社保经办机构（盖章） 年　　月　　日  |
|
|
|
| 备注：如有异议，请于收到本表之日起60个工作日内向社保经办机构申请复核。 |
| 单位经办人员签章： 年 月 日 |

本表一式三份，参保单位、参保人员和社保经办机构各存一份

附件11

**机关事业单位基本养老保险参保人员**

**一次性支付申报表**

**单位名称： 社会保险登记编号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码 |  |
|  个人编号 |  | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 实际终止年月 |  年 月  |
| 人员类型 | □在职 □退休 | 业务类型 | □丧抚费 □一次性支付个人账户□其他 |
| 终止原因 |  |
| **领取人信息** |
| 领 取 人 姓 名 |  | 领 取 人公民身份号码 |  |
| 与参保人员关系 |  | 联 系 电 话 |  |
| 开户银行名称 |  | 户 名 |  |
| 银 行 账 号 |  |
| 备 注 |  |
| **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。** |
|  领取人签名： 单位经办人签章：  制表日期： 年 月 日 |

**填写说明**

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，办理有关待遇支付业务时填写。

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．社会保险登记编号：与颁发的社会保险登记证中记录的社会保险登记编号一致。

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：指参保人员在社保经办机构数据库中的编号。

6．民族：与参保人员居民身份证一致。

7．实际终止年月：丧失中华人民共和国国籍的，填写已获得外国国籍的时间；人员死亡的，填写死亡时间。

8．终止原因：按丧失中华人民共和国国籍、因病或非因工死亡、因工死亡、达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费等情况据实填报。

 9．领取人：指实际领取参保人员一次性待遇的指定受益人或法定继承人。

 10. 领取人信息：指领取参保人员养老保险一次性支付的领取人信息。当领取人不是参保人员本人时，应填写与参保人员关系。

附件12

**机关事业单位基本养老保险参保人员丧抚费核定表**

单位名称：社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员姓名 |  | 公民身份号码 |  | 人员编号 |  |
| 退休 时间 |  | 死亡时间 |  |
| 人员类别 | □退休 □在职 | 死亡原因 |  |
| 退休人员养老金标准 |  |
| **社保经办机构审核意见** |
|  经审核，同意支付（参保人姓名）的丧葬补助金元，抚恤金元，合计元。 （章）复核人： 经办人： 年 月 日 |
| 单位经办人员签章： 年 月 日 |

**本表一式三份，参保单位、参保人员和社保经办机构各存一份。**

附件13

**机关事业单位基本养老保险个人账户
一次性支付核定表**

单位名称: 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 |  | 姓名 |  | 人员类型 | □退休□在职 |
| 公民身份号码 |  |
| 支付原因 |  |
| **社保经办机构审核情况** |
| 在职参保人员个人账户累计储存额 |  | 退休人员个人账户余额 |  |
|  经审核，同意支付（参保人姓名）的个人账户累计储存额元。 （公章） 复核人： 经办人： 年 月 日 |
|
|
|
| 单位经办人员签章： 年 月 日 |

本表一式三份，参保单位、参保人员和社保经办机构各存一份