**单位分立/合并业务申报材料清单**

**一、申报表：**

1.《机关事业单位基本养老保险参保单位信息变更申报表》（附后）

2.《机关事业单位基本养老保险参保人员业务申报表》（附后）

**二、附件材料：**

1.经机构编制部门批准的单位分立/合并批文的复印件；

2.工资基金及离退休费核定单复印件。

**注意事项**:

1.单位申请单位分立业务前，新分立单位需先办理单位参保登记业务。

2.参保单位根据有权部门要求合并/分立的，先到前台开具对账单，经单位确认无误，再进行受理。如核对有误转审核科处理。

**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（盖章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 请在下列项目中选择需要办理变更登记的内容：  □单位信息变更 □单位注销  □单位合并 □其 他 | | | | | |
| 变更项目 | 变更前内容 | | 变更后内容 | | 备 注 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 需说明的情况：  单位合并请选择： □是否合并欠费信息  □是否合并到账信息  □被合并单位是否注销  经 办 人： 联系电话： 年 月 日 | | | | | |
| **以下由社保经办机构填写**  **（根据实际业务环节填写）** | | | | | |
| 初审人：  年 月 日 | | 复核人：  年 月 日 | | 审核人：  年 月 日 | |

**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： 申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 缴费  基数 |
| 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。**  单位经办人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | |

社保初审人： 社保复核人: 社保审核人： （根据实际业务环节签章）

年 月 日 年 月 日 年 月 日