**个人账户一次性待遇申领业务**

**申报材料清单**

1.申报表：《机关事业单位基本养老保险参保人员一次性支付申报表》（附后）

2.附件：

1)参保人员死亡的，提供《机关事业单位工作人员工资基金核减单》或医学死亡证明（若无法提供的，可提供有明确死亡时间的说明函）；

2)参保人员丧失中华人民共和国国籍的，提供定居国护照及银行卡复印件；

3) 申请退保的，提供个人退保申请书和银行卡复印件。

**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（公章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码 | | |  | |
| 人员类型 | □在职 □退休 | | | | | |
| 终止原因 | □死亡 □出国 □重复领取 □采集信息错误 | | | | | |
| 实际终止缴费（领取）年月 | | | | 年 月 | | |
| 业务类型 | □丧抚费  □一次性支付个人账户和职业年金  □停发 | | | | | |
| 领 取 人 信 息 | | | | | | |
| 领取方式 | □发放至本人账户 □发放至法定继承人账户  □发放至单位账户 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 社保初审人： 社保复核人： 经办日期： 年 月 日 | | | | | | |