**养老保险待遇恢复业务申报材料清单**

1.《机关事业单位基本养老保险参保人员业务申报表》（附后）

2.有关部门对被处理人员做出的处理决定

3.单位提供的生存认证材料

**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