附件1

城乡养老保险制度衔接告知书

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

经查询，您在我省存在企业职工基本养老保险/居民基本养老保险参保缴费记录，在办理养老保险待遇享受手续之前可以办理城乡养老保险制度衔接手续，请确认是否办理。

 是 否

若不办理，请在享受养老保险待遇后及时办理企业职工基本养老保险/居民基本养老保险退保手续。

 参保人（签字）：

 年 月 日

附件2

城乡养老保险制度衔接联系函

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_社会保险经办机构：

根据《山东省城乡养老保险制度衔接经办规程》（鲁人社字〔2024〕84号）有关规定，原在你处的参保人员，现申请将其居民基本养老保险转至我处，如无不妥，请按相关规定办理。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 公民身份号码 |  |
| 转入地社保经办机构行政区划代码 |  | 转入地社保经办机构开户名称 |  |
| 转入地社保经办机构开户银行 |  | 转入地社保经办机构银行账号 |  |

经办人（签章）： 联系电话： 转入地社保经办机构（章）： 年 月 日

附件3

居民基本养老保险信息表

县（市、区）： 填表日期： 年 月 日 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 公民身份号码 |  | 联系电话 |  |
| 参保时间 |  | 缴费起始时间 |  | 缴费终止时间 |  | 累计缴费年限 | 年 |
| **历年个人账户明细** |
| 年 份 | 个人缴费 | 被征地个人缴费 | 集体补助（其他资助） | 被征地集体缴费 | 个人缴费政府补贴 | 利息 | 其他 | 个人账户累计储存额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 转出时间 |  | 转出金额合计 |  | 大写 |  |
| **居民养老保险社保经办机构信息** |
| 行政区划代码 |  | 开户名称 |  | 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 转出地社保经办机构意见：经审核，该参保人员符合城乡养老保险制度衔接条件，同意办理衔接手续。 |
|  |

经办人(签章)： 联系电话： 转出地社保经办机构(章):

附件4

企业职工基本养老保险信息表

|  |
| --- |
| 县（市、区）： 填表日期： 年 月 日 单位：元 |
| **参保人员基本信息** |
| 个人编号 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  |
| 公民身份号码 |  | 户籍地址 |  |
| **养老保险转移信息** |
| 缴费年限 |  年 | 实际缴费年限 | 年 | 视同缴费年限 |  年 | 个人账户基金转移额 |  |
| **历年缴费及个人账户记账信息** |
| 参保地区 | 年 份 | 缴费起始时间 | 缴费截止时间 | 缴费月数 | 至本年末个人账户累计储存额 |
| 行政区划代码 | 名 称 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 经办人(签章)： 联系电话： 转出地社保经办机构(章): |

附件5

城乡养老保险重复缴费清退表

|  |
| --- |
| 填表日期： 年 月 日 单位：元 |
| **参保人员基本信息** |
| 个人编号 |  | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 公民身份号码 |  | 户籍地址 |  |
| **历年重复缴费和个人账户清退明细** |
| 重复年份 | 当年缴费金额 | 重复月数 | 退还本人金额 | 备注 |
| 个人缴费 | 被征地个人缴费 | 集体补助（其他资助） | 被征地集体缴费 | 小计 | 个人缴费 | 被征地个人缴费 | 集体补助（其他资助） | 被征地集体缴费 | 小计 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退还本人金额合计 |  | 大写 |  |
| 经办人（签章）： 联系电话： 社保经办机构（章）: |
| 注：6=2+3+4+5；12=8+9+10+11 |