云南省机关事业单位养老保险个人账户清退申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 业务类型 | □一次性支付个人账户□职业年金 |
| 终止原因 |  |
| **单位信息** |
| 单位名称 |  | 经办人公民身份号码 |  |
| 单位联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 单位开户银行名称 |  | 单位户名 |  |
| 单位银行账号 |  |
| 备注 |  |
|  **以上项目真实填写，若与实际情况不符，愿承担相关责任。** |
|  签名： 单位经办人签章：  年 月 日 |

单位名称（盖章）： 单位编号：

填表说明

1.本表是办理参保人员死亡、丧失中华人民国和国国籍、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．单位编号：参保单位首次参保时确定的社会保险编号。

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：指参保人员在社会保险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：丧失中国国籍的，填写已获得外国国籍的时间；死亡的填写指死亡时间。

8．终止原因：按丧失中国国籍、因病或非因工死亡、因工死亡等据实填报。