附件16

机关事业单位基本养老保险参保人员

个人账户一次性支付申报表

单位名称（公章）： 社会保险登记编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 公民身份号码  （社会保障号码 ） | |  | |
| 性 别 |  | 实际终止年月 | | 年 月 | |
| 人员类型 | □在职  □退休 | 终止原因 | | □参保人员死亡（一并申领职业年金个人账户余额）  □丧失中华人民共和国国籍  □达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费 | |
| **领取人信息** | | | | | |
| 领 取 人 姓 名 |  | | 领 取 人  证件号码 | |  |
| 与参保人员关系 | □配偶□子女□父母□兄弟  □姐妹□祖父母□外祖父母□儿媳□女婿□其他 | | 联 系 电 话 | |  |
| 与参保人员是否  同户籍 |  | | 领取人户籍地址 | |  |
| 开户银行名称 |  | | 户 名 | |  |
| 银 行 账 号 |  | | | | |
| 备 注 |  | | | | |
| **1.以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。参保人社会保障卡未注销的，支付到参保人员社会保障卡，无需填写银行账号信息。2.参保人员死亡的，同步支付基本养老保险个账余额和职业年金个人账户余额。** | | | | | |
| 领取人签名： 单位经办人签章：  经办人联系手机号码： 填表日期： 年 月 日 | | | | | |

广东省社会保险基金管理局制

填写说明

1.本表适用于参保人员死亡、丧失中华人民共和国国籍、达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费等情形，办理有关待遇支付业务申报。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.社会保险登记编号：指办理社会保险登记时记录的登记编号。

4.姓名、性别、公民身份号码（社会保障号码）：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

5.实际终止年月：丧失中华人民共和国国籍的，填写已获得外国国籍的时间；人员死亡的，填写死亡时间。

6.终止原因：按参保人员死亡、丧失中华人民共和国国籍、达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费等情况据实填报。

7.领取人：指实际领取参保人员一次性待遇的本人或继承人。

8.领取人信息：指领取参保人员养老保险一次性支付的领取人信息。当领取人不是参保人员本人时，应填写与参保人员关系。