

 编号：

## 养老保险关系转移接续申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性 别 |  | 社会保障号码 | 　　 |
| 原个人编号 |  | 户籍所在地 |  |
| 原参保所在地区名称 |  | 原参保地社保机构行政区划代码 | 　 |
| 原参保地社保机构名称 |  | 原参保地社保机构联系电话 | 　 |
| 原参保险种类型 | 机关事业单位养老保险〔 〕 企业职工养老保险〔 〕 |
| 原参保地社保机构地址 | 　 | 原参保地社保机构邮政编码 | 　　　　 |

参保单位（章）: 申请人（签字）：

联系手机号码： 联系手机号码：

年  月  日 年  月  日

（落款中的参保单位和申请人，二选一即可）

填写说明

1.本表是参保单位或参保人员向转入地社保经办机构申请将城镇企业职工养老保险、异地机关事业单位养老保险关系转移业务时填写。

2.姓名、性别、社会保障号码、户籍所在地：与有效身份证件或社会保障卡上内容一致。

3.原个人编号：指原在社保经办机构参保时，原社保经办机构办理养老保险登记时所记录的编号，可为空。

4.原参保所在地区名称、原参保地社保机构名称：指原参保地的社保经办机构基本信息，必填项目。

5.原参保地社保机构行政区划代码、原参保地社保机构联系电话、原参保地社保机构地址、原参保地社保机构邮政编码：指原参保地的社保经办机构基本信息。

6.原参保险种类型：指原参加的养老保险类型。

7.参保单位、申请人：二选一填写。