社会保险关系转移接续“一件事”联办申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系手机 |  |
| 社会保障号码（身份证号码） | |  | | | |
| 办理事项（打勾） | | □申请办理企业职工基本养老保险关系转移接续  □申请办理基本医疗保险关系转移接续  □申请办理失业保险关系转移接续 | | | |
| □养老保险转出地 | | 市 县（市、区） | | | |
| □医疗保险转出地 | | 市 县（市、区） | | | |
| □失业保险转出地 | | 市 县（市、区） | | | |
| 失业保险领金人员转移填写以下内容 | | | | | |
| 户籍所在地 | | 省 市 县（市、区） 街道（乡镇） | | | |
| 申请人（签字）：年 月 日 | | | | | |

**备注：**1.本表一式两份，受理机构和申请人各执一份。

2.根据选择的办理事项分别填写相关信息，同一险种如存在多个转出地的情况，需填写提交多张申请表。