达到法定退休年龄前终止参保关系待遇申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 单位编码 | |  | |
| 参保人员基本信息 | 姓 名 |  | | 社会保障号码  （身份证号码） | |  | |
| 户籍地 | □ 省 市 区（县/市） 街道（乡/镇）  □ 外籍人员  □ 2011年7月1日前定居国外（境外）人员 | | | | | |
| 支付类型  （勾选） | □  到龄前  死亡待遇一次性  支付 | 死亡原因 | | | □ 因工死亡 □ 非因工死亡 | | |
| 申领待遇 | | | □ 丧葬补助金、抚恤金 □ 个人账户储存额 | | |
| 遗属（继承人）  姓名 | | |  | 身份证  号码 |  |
| 与死亡人员  关系 | | |  | 联系电话 |  |
| □达到法定退休年龄不符合领取退休待遇条件的人员待遇一次性支付 | | | | | | |
| □外国国籍或2011年7月1日前获得国外（境外）定居的人员待遇一次性支付 | | | | | | |
| 支付账户信息（仅限支付到  个人账户填写） | 开户银行 | |  | | | | |
| 户名 | |  | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | |
| 业务回单领取方式： □ 窗口自取 □ 快递送达（快递费用自付） | | | | | | | |
| 申报单位、申请人承诺：  本表格所填内容正确无误，社保经办机构已告知所申办事项的相关政策和相应后果，本单位（本人）已知晓且无异议，所提交的相关资料真实有效，如有虚假，承诺退回冒领、多领的待遇，并承担相应法律责任。  申报单位（盖章）  申请人签字：  联系电话：  申请日期： | | | | | | | |