

西安市职业介绍服务中心

死亡人员养老保险退费申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参  保  人 | 姓 名 |  | 公民身份证号 |  |
| 档案编号 |  | 死亡时间 | 年 月 日 |
| 退费类型 | □在职死亡 | 是否缴纳本年度养老保险 □是 □否  是否有省外参保缴费记录 □是 □否 | |
| □退休后死亡 | | |
| 申  请  人 | 姓 名 |  | 公民身份证号 |  |
| 与参保人关系 |  | 联系电话 |  |
| 申请人承诺：本人 ，系参保人 的 ，承诺 属因病或非因工死亡；经参保人所有合法继承人协商一致，授权申请人办理参保人的死亡退费，如产生法律纠纷与贵单位无关；承诺填报及提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，如有不实信息，愿承担一切法律责任。  申请人（签字按指纹）：  年 月 日 | | | | |

备注：申请人应为参保人所有合法继承人协商一致的继承人。



扫描二维码了解更多资讯