|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机关事业单位参保人员转移重复缴费退费申请表 | | | | |
| 申请人信息 | 个人编号 |  | | |
| 姓名 |  | | |
| 身份证号码 |  | | |
| 联系电话 |  | | |
| 企业职工养老保险转移起止年月 | | 年 月至 年 月 | | |
| 机关事业单位养老保险视同缴费起止年月 | | 年 月至 年 月 | | |
| 企业职工养老保险重复缴费 时间段 | |  | | |
| 本人同意将以上重复缴费时间段个人账户本金退回至本人社保卡银行账户。 | | | | |
|  |  |  | 本人签字： |  |
| 单位意见： |  | | 盖章： | 年 月 日 |
| 人力资源和社会保障部门意见： |  | | 盖章： | 年 月 日 |
| 填表说明： | | | | |
| 1、本表一式3份,人力资源和社会保障部门1份，社保经办机构1份，单位1份； | | | | |
| 2、本表由单位经办人员填报，报送此表时需同时出具申请人入编情况说明至人力资源和社会保障部门审核。 | | | | |
|  | | | | |