养老保险跨省跨制度转移接续信息采集

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 社会保障号 |  |
| 户籍地址 |  | | |
| 原参保地行  政区划代码 |  | 原参保地  社保名称 |  |
| 申请转移  险种 | 企业职工养老保险□ | | |
| 机关事业养老保险□ | | |
| 机关事业职业年金□ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 参保单位代办（章）  联系电话：  日期 | 申请人（本人签字）  联系电话：  日期 |

填表说明：原参保地行政区划代码及社保单位名称可通过当地12333电话查询。