附件1

湖北省城乡居民基本养老保险参保登记表

所属村（居）委会： 填写日期： 年 月 日

|  |
| --- |
|  业务类型： □参保登记 □变更登记 |
| \*姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 民 族 | 　 |
| 出生日期 |  年 月 日  | \*联系电话 | 　 |
| \*证件类型 | 　 | \*证件号码 | 　 | 国籍（地区） | 　 |
| 户籍所在地址 | 　 |
| 居住地址  | 　 | 邮编 | 　 |
| \*参保登记日期 | 年 月 日 |
| 参保人承诺：以上填写内容真实无误，如不属实，自愿承担相应的法律责任。参保人（签章）：年 月 日  | 社保机构审核意见（公章）：经办人（签章）： 复核人（签章）：年 月 日  |

填表说明：

1．\*项为参保人员必填项，非\*项由经办机构通过信息共享获取，暂无法获取的，可由参保人员填写。

2．变更登记时，仅需在需要变更的项目填写内容。

3．互联网渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

4．互联网渠道应默认显示最新的留存信息，供参保人员直接修改信息完成变更。

5．本表最终由社保机构留存。

附件2

湖北省城乡居民基本养老保险个人账户明细表

社保机构（公章）： 打印日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 证件类型 |  | 证件号码 |  | 国籍（地区） |  |
| 参保状态 |  | 首次参保登记日期 |  | 累计缴费年限 |  | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  |
| 居住地址 |  |
| 年度 | 个人账户收入（元） | 发放养老待遇（元） | 个人账户余额（元） |
| 个人缴费 | 补助（资助） | 政府补贴 | 利息 | 其他 | 基础养老金 | 个人账户支出 | 其他 |
| 中央 | 省 | 市 | 县 | 年限养老金 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：本表由信息系统生成。

附件3

湖北省城乡居民基本养老保险待遇领取告知书

社保机构（公章）： 打印日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 出生日期 | 年 月 日 | 证件类型 | 　 | 证件号码 |  | 国籍（地区） | 　 |
|  根据参保信息显示，您于 年 月参加城乡居民基本养老保险，将于 年 月达到待遇领取年龄。现将您的历年缴费明细附在表后，请您核实。根据历年缴费明细，发现： □您符合待遇领取条件，预测待遇为 元/月**（预测待遇不代表最终待遇，请以最终核定结果为准）**，请通过互联网渠道（湖北省政务服务网或自助终端或移动应用等）或服务窗口（乡镇人社服务中心或县社保机构）办理待遇领取手续。 |
|  □您不符合待遇领取条件，原因： □应缴年度未缴费，请办理缴费手续。应缴费而未缴费年度明细： □已领取其他基本养老保险待遇。 □其他 |

经办机构地址： 联系方式：

填表说明：本表可由社保机构打印生成，选择性项目，在“□”内打“√”。

附件4

湖北省城乡居民基本养老保险待遇核定表

社保机构（公章）： 打印日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  年 月 日 | 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 参保登记日期 |  | 累计缴费年限 |  | 发放银行 |  | 银行账号 |  |
| 个人账户储存额（元） |
| 合计 | 个人缴费 | 补助（资助） | 政府补贴 | 利息 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |
| 待遇领取标准（元） |
| 合计 | 基础养老金 | 个人账户养老金 | 村干部任职补贴 | 其他 |
| 小计 | 中央 | 省 | 市 | 县 | 年限养老金 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：本表由社保机构通过信息系统打印生成，并留存备查。

附件5

湖北省城乡居民基本养老保险基金支付资金申请表

社保机构（公章）： 打印日期： 年 月 日

|  |
| --- |
|  财政局：××年××月，城乡居民基本养老保险基金共需支付 元，其中待遇发放 元，转移支出 元，请审核后拨入以下支出账户：  |
| 银行名称 | 开户名称 | 银行账号 |
| 农业银行 |  |  |
| 农村商业银行 |  |  |
| 邮政储蓄银行 |  |  |
| 建设银行 |  |  |
| 工商银行 |  |  |
| 中国银行 |  |  |
| 湖北银行 |  |  |
| 汉口银行 |  |  |
| 发放银行 | 合计 | 基础养老金（元） | 个人账户养老金（元） | 村干部任职补贴 | 丧葬补助金（元） | 其他（元） |
| 笔数 | 金额（元） | 中央 | 省 | 市 | 县 | 缴费年限养老金 | 按月支付个人账户养老金 | 一次性支付 |
| 合 计 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 农业银行 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 农村商业银行 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 邮政储蓄银行 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 建设银行 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工商银行 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 中国银行 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 湖北银行 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 汉口银行 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：本表由信息系统生成，一式三份，社保机构业务、财务各留存一份，报财政部门一份。

附件6

湖北省城乡居民基本养老保险待遇支付明细表

支付期别： 年 月 打印日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 县 | 乡镇 | 村（社区） | 证件类型 | 证件号码 | 姓 名 | 支付金额 | 银行 | 银行帐号 | 经办人 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：本表由信息系统生成。

附件7

湖北省城乡居民基本养老保险基金支付汇总表

支付期别： 年 月 打印日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 发放银行 | 合计 | 基础养老金（元） | 村干部任职年限补贴（元） | 个人账户养老金（元） | 丧葬补助金（元） | 其他（元） |
| 笔数 | 金额（元） | 中央 | 省 | 市 | 县 | 缴费年限养老金 | 按月支付个人账户养老金 | 一次性支付 |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 农业银行 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 农村商业银行 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 邮政储蓄银行 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 建设银行 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工商银行 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 中国银行 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 湖北银行 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 汉口银行 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 业务 | 经办人（签章）： | 　 | 财务 | 经办人（签章）： | 　 | 领导（签章）： 年 月 日  |
| 复核人（签章）： | 　 | 复核人（签章）： | 　 |

填表说明：本表由信息系统生成。

附件8

湖北省城乡居民基本养老保险参保人员死亡信息月报表

所属村（居）委会： 填写日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参保人员有关信息 | 指定受益人或法定继承人信息 | 备注 |
| 姓 名 | 证件号码 | 死亡日期 | 死亡原因 | 姓 名 | 家庭住址 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 村（社区）协办员（签章）： |
| 村（社区）委会审核（公章）： |

填表说明：死亡原因主要是指医院死亡、在家病亡、溺水、车祸、自然灾害等

附件9

湖北省城乡居民基本养老保险注销登记表

所属村（居）委会： 填写日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员姓名 | 　 | 证件号码 | 　 | 注销日期 | 　 |
| 注销原因 | □死亡，死亡时间：： 年 月 日□已享受其他基本养老保障待遇，起始时间： 年 月□丧失国籍，丧失国籍时间： 年 月 日□其他，说明： |
| 以下由指定受益人或法定继承人填写 |
| 姓 名 | 　 | 与参保人员关系 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 证件类型 | 　 | 证件号码 | 　 | 居住地址 | 　 |
| 银行名称 | 　 |
| 银行账号 | 　 |
| 申请人承诺：以上填写内容真实无误，如不属实，自愿承担相应的法律责任。申请人（签章）： 年 月 日  | 社保机构审核意见（公章）：经办人（签章）： 复核人（签章）： 年 月 日  |

填表说明：

1.填写“注销原因”一栏时，请在相关选项后的□内打“√”。

2.互联网渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

3.城乡居民基本养老保险个人账户资金余额由银行代发，凭有效身份证件到指定银行领取。

附件10

湖北省城乡居民基本养老保险个人账户结算单

打印日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | 国籍（地区） |  | 参保登记日期 |  |
| 户籍（居住）地址 |  | 联系电话 |  |
| 结算原因 |
| □死亡 □已领取其他基本养老保险待遇 □丧失国籍 □其他 |
| 领取人基本信息 |
| 姓 名 |  | 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 与参保人关系 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地址 |  |
| 个人账户储存额（元） |
| 累计总额 | 个人缴费 | 集体补助（资助） | 政府补贴 | 其 他 | 利 息 |
| 省 | 市 | 县 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注销人员多领待遇信息 |
| 死亡日期 |  | 待遇发放终止日期 |  | 月领取待遇金额 |  | 多领待遇月数 |  |
| 应扣回多领取待遇金额（元） |  |
| 个人账户一次性支付金额（元） |  |
| 丧葬补助金（元） |  |
| 实际结算金额（元） |  |
| 社保机构意见： | 经审核，该参保人员符合城乡居民养老保险个人账户一次性结算支付条件。 |
| 经办人（签章）： 审核人（签章）： 经办机构（公章）： |

填表说明：本表通过信息系统打印生成，社保机构和领取人员各留存一份。

附件11

湖北省城乡居民基本养老保险个人待遇支付结算汇总表

打印日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 证件号码 | 所属乡镇 | 所属村（社区） | 应发金额（元） | 多领待遇（元） | 结算余额（元） | 丧葬费余额（元） | 实发/追回 |
| 基础养老金 | 村干部任职补贴 | 其他 | 个人账户余额 | 金额（元） | 发起日期 | 到账日期 |
| 个人账户一次性结算金额 | 丧葬补助金 | 中央 | 省 | 市 | 县 | 缴费年限养老金 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：本表由信息系统生成。

附件12

湖北省城乡居民基本养老保险关系转入申请表

填写日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  |
| 公民身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 居住地址 |  |
| 原户籍地地址 |  |
| 现户籍地地址 |  |

申请人（签章）： 年 月 日

社保机构审核（签章）： 年 月 日 （公章）

填表说明：互联网渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

附件13

|  |
| --- |
| 湖北省城乡居民基本养老保险关系转入接 收 函 |
| XX居保转入函字〔 〕第 号 |
|  转出地社保机构名称 ： |
|  经审核，同意将 的养老保险关系转入我县（市、区），请予办理相关手续： |
|
| 姓 名 | 　 | 证件号码 | 　 |
| 性 别 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 　 |  |  | 　 |
| 请将该参保人员的个人账户基金汇入下列账户： |
| 账户名： |  |  | 　 |
| 开户行： |  |  | 　 |
| 账 号： |  |  | 　 |
| 　 |  |  | 　 |
| 特此函告。 |  | 　 |
| 年 月 日 |
| 转入地社保机构名称（公章）： |
| 地 址： |  |
| 邮 编： |  |  |
| 联系电话： |  |  |

填表说明：本表一式两联，转入地、转出地社保机构各留存一份。

附件14

湖北省城乡居民基本养老保险关系转出审批表

打印日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | 　 | 出生日期 | 　 | 证件类型 | 　 | 证件号码 | 　 |
| 参保登记日期 | 　 | 缴费起始日期 | 　 | 缴费终止日期 | 　 | 累计缴费年限 | 　 | 国籍（地区） | 　 |
| 户籍地址 | 　 | 居住地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 转出地村（居）委会 |   | 转入地村（居）委会 | 　 |
| 转出地社保机构 |   | 转入地社保机构 | 　 |
| 历年个人账户明细（元） |
| 年份 | 个人缴费 | 补助（资助） | 政府补贴 | 利息 | 其他 | 至本年末个人账户累计储存额 | 备注 |
| 村 | 其他 | 省 | 市 | 县 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 转出时间 |   |
| 转出金额 |   |
| 转出原因 |   |
| 转出地社保机构意见： 经审核，该参保人员符合城乡居民基本养老保险转移条件，同意其从即日起转出城乡居民基本养老保险关系和个人账户储存额。 |

经办人（签章）： 复核人（签章）： 转出地社保机构（公章）：

填表说明：本表由转出地县社保机构通过信息系统打印生成。一式两份，转入地、转出地社保机构各留存一份。