临时基本养老保险缴费账户转移申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 公民身份号码 |  | | | 户籍所在地 |  |
| 申请转移至 | （）原参保地 （）待遇领取地 | | | 原参保地个人编号 |  |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构行政区划代码 |  | | | 原参保地(待遇领取地)社保机构名称 |  |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构地址 |  | | | 原参保地(待遇领取地)社保机构邮政编码 |  |
| 原参保地(待遇领取地)社保机构联系电话 |  | | | 备注 |  |
| 参保单位（章）： | | | | 申请人（签字）： | |
| 联系电话： | | | | 联系电话： | |
| 年月日 | | | | 年月日 | |
| 注： 1.落款中的参保单位和申请人，二选一即可。  2.请在“申请转移至”所选项的“（　）”中打“√”。 | | | | | |