

## 山西省企业基本养老保险关系转移申请表

填制日期：        年    月    日

社 保 号		姓 名		性 别		公 民 身 份 证 号 码	
出 生 日 期		民 族		参 加 工 作 日 期		首 次 参 保 日 期	
户 口 性 质		用 工 形 式		联 系 电 话		截 止 缴 费 日 期	
通 讯 地 址						邮 编	
转 出 地 社 保 机 构	名 称				地 址		
	电 话				开 户 行		
	开 户 名				帐 户		
转 入 地 社 保 机 构	名 称				地 址		
	电 话				开 户 行		
	开 户 名				帐 户		
转出单位编号： 转出单位意见：  <div style="text-align: center;">(章)</div> 经办人： 联系电话：  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				转入单位编号： 转入单位意见：  <div style="text-align: center;">(章)</div> 经办人： 联系电话：  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
转出地社保机构意见：  <div style="text-align: center;">(章)</div> 经办人： 联系电话：  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				转入地社保机构意见：  <div style="text-align: center;">(章)</div> 经办人： 联系电话：  <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			

备注：本表一式五联（第五联转出单位留存；第四联转入单位留存；第三联转入社保机构留存；第二联转出社保机构财务记账凭证；第一联转出社保机构业务留存。）



扫描全能王 创建