附件 24

重复缴费清退养老保险关系申请书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本信息 | | | | |
| 姓 名 |  | 个人编号 |  | |
| 证件号码 |  | | 联系电话 |  |
| 重复起止年月 | 年 月 至 年 月  年 月 至 年 月 | | 重复月数 |  |
| 支 付 信 息 | | | | |
| 开户银行 |  | | | |
| 户名 |  | | | |
| 银行账号 |  | | | |
| 备注 |  | | | |
| 申请人承诺：  按国家和我省相关规定，参保人员只能保留其中一个养老保险关系，重复缴费时段应予以清理。现申请保 留 养老保险关系，其他养老保险关系重复缴费时段予以清理。本人已知悉相关政策要求，因此产生的 一切后果由本人承担。  申请人 (签字按手印) ：  年 月 日 | | | | |