

江西省企业职工基本养老保险经办规程

(暂行)

第一章 总则

第一条 为贯彻落实企业职工基本养老保险 ( 以下简称 “企 业养老保险”) 全国统筹制度要求，规范和统一全省企业养老保 险经办管理服务，促进企业养老保险制度长期平稳运行，保障用 人单位和个人养老保险权益，依据《中华人民共和国社会保险法》 等相关法律法规，制定本规程。

第二条 企业养老保险经办管理服务遵循规范、统一、高效、 便民、安全的原则。在社会保险服务运行标准化的基础上， 以服 务供给规范化为保障，以企业和群众办事便利化为目标，按照“放 管服”改革部署和政务服务“一网、一门、一窗、一次”的要求， 充分运用“互联网+”“大数据”等技术手段，实现高频服务事项 无差别受理、同标准办理，推动 “网上办、掌上办、就近办、一 次办、一卡办”，切实提升服务质量。

第三条 本规程适用于全省各级企业养老保险经办机构 ( 以 下简称 “经办机构”) 经办企业养老保险业务，管理服务对象包 括：

( 一 ) 按照我省统一的企业养老保险政策参加基本养老保险 的用人单位及其职工；

( 二 ) 以个人身份参加我省企业养老保险的无雇工的个体工 商户、未在用人单位参加基本养老保险的非全日制从业人员以及 其他灵活就业人员 ( 以下简称 “灵活就业人员”) ；

( 三 ) 拟参加企业养老保险的用人单位和各类从业人员；

( 四 ) 按政策由企业养老保险基金支付待遇的人员。

第四条 企业养老保险业务经办实行属地管理、分级负责。 省级经办机构负责组织指导和监督考核全省企业养老保险经办管 理服务工作；设区市经办机构负责组织指导和监督考核本辖区企 业养老保险经办管理服务工作。

第五条 按照参保登记、征缴核定、个人账户管理、关系转 移接续、待遇核定、待遇调整和发放、领取待遇资格认证、权益 查询打印、稽核管理、 内部控制、基金管理等环节制定本规程。

第六条 企业养老保险业务经办实行综合柜员制度，前台统 一受理，后台分类审批。各级经办机构要按照本规程设置经办岗 位，明确岗位职责，严格执行政策，建立考核制度。

第七条 全省使用统一的基本养老保险信息管理系统，数据 信息实行省级集中管理。

第八条 经办机构能够通过数据共享形式获取相关信息的， 管理服务对象无需另行提供有关材料；管理服务对象通过线上途 径申请办理相关业务的，无需另行提交有关申请表单。

第二章 参保登记

本节包括单位参保登记、单位基本信息变更、单位注销登记、 人员参保登记、人员基本信息变更和人员终止登记等内容。

第一节 单位参保登记

第九条 社会保险登记实行属地管理。经办机构根据市场监 督管理局等登记证照的核发机关 ( 以下简称 “登记机关”) 共享 的注册登记信息同步办理社会保险登记，并向登记机关反馈。

第十条 登记机关未共享信息的，用人单位自成立之日起 30 日内向属地经办机构申请办理社会保险登记，并提交以下材料：

( 一 ) 《江西省用人单位社会保险登记表》 ( 附件 1 ) ；

( 二 ) 统一社会信用代码证书 (或其他登记证照) 复印件并 加盖公章；

( 三 ) 法定代表人或负责人有效身份证件复印件，并加盖公 章；

( 四 ) 经办人有效身份证件复印件，并加盖公章；

( 五 ) 委托书。

第十一条 中央部属驻赣铁路、邮电、电力、 民航、有色、 金融、交通、水利和煤炭等行业中的国有企业，经省委、省政府 批准新设立的省属国有集团公司本部在省社会保险管理中心参保 登记。

第十二条 各设区市自行设定市本级和县 (市、 区 ) 的参保

地规则。

第十三条 参保单位的参保时间不得早于单位成立时间。

第十四条 用人单位提供的信息真实、准确、齐全、有效， 且在本险种内无重复参保信息的，经办机构予以审核通过。对接 收的登记机关信息数据和用人单位在网上服务平台中填报的数据 予以确认，分配单位编码，确定单位经办人基本信息，10 个工作 日内办结参保登记。

第二节 单位基本信息变更

第十五条 参保单位登记事项发生变更的，经办机构应在接 收市场监督管理局等部门共享的数据或参保单位变更登记资料 后，当 日办结单位基本信息变更。

第十六条 经办机构暂无法接收登记机关数据或参保单位 不符合 “多证合一”办理条件的，参保单位应在登记事项发生变 更之日起 30 日内向经办机构提出，并提供如下材料：

( 一 ) 《江西省参保单位基本信息变更表》 ( 附件 2 ) ；

( 二 ) 与变更登记事项对应的相关证照或证明材料复印件并 加盖公章；

( 三 ) 其他材料。

第三节 单位注销登记

第十七条 参保单位因营业执照注销、宣告破产、批准解散、 成建制转出等原因依法终止的，应在 30 日内到参保地经办机构申

请办理注销登记。

第十八条 参保单位办理注销登记应向经办机构提供以下 材料：

( 一 ) 《江西省参保单位注销登记申请表》 ( 附件 3 ) ；

( 二 ) 视不同情形提供登记证照注销或吊销、迁往外省市的 文书、有关批准解散、撤销、终止的文书、法院裁定破产法律文 书等材料的复印件。

第十九条 经办机构对拟注销单位的资料进行审核，在系统 中对该单位有无欠费、有无在职人员、有无离退休人员、有无待 转基金等情况进行查明，符合注销条件的，30 日内予以办理注销 登记。

第二十条 经办机构通过市场监督管理局 “一网通办”平台 接收参保单位注销信息，对参保单位无欠费的且无参保人员的， 自动终止参保；对有参保人员但无欠费、无待办业务的，办理减 员后终止参保，同步完成单位注销登记。

第四节 人员参保登记

第二十一条 人员参保登记包括参保单位为职工办理参保 登记或自然人以灵活就业人员身份办理参保登记。

第二十二条 参保单位应当自用工之日起 30 日内为其职工 办理参保登记。

第二十三条 符合参保登记条件的灵活就业人员，可以在户

籍地或就业地自愿申请参加企业养老保险，无户籍限制。

第二十四条 参保单位可通过经办机构服务网点、市场监督 管理局“一网通办”平台、江西人社网上办事大厅( 以下简称“网 厅”) 、移动客户端等渠道为职工办理参保登记；灵活就业人员 可通过经办机构服务网点、网厅、 自助服务设备和移动客户端等 渠道办理。

第二十五条 用人单位办理职工参保登记时应提供以下材 料：

( 一 ) 《江西省参保职工增、减变动申报汇总表》 (附件 4- 1 ) ；

( 二 ) 职工未参保的，需提供《江西省企业新增参保人员基 本信息登记表》 ( 附件 4-2 ) ；

( 三 ) 职工有效身份证件复印件；

( 四 ) 单位与职工签订的劳动合同、经单位和职工签字确认 的在职人员花名册或单位与职工建立劳动关系的承诺书；

( 五 ) 在省内就业的外国人，提供外国人来华工作许可证或 外国人永久居留证；

(六) 经办机构要求提供的其他材料。

第二十六条 自然人在经办机构临柜办理按灵活就业人员 身份参保登记时应提供有效身份证件。

第二十七条 男性年满 50 周岁、女性年满 40 周岁，且非本 省户籍的新参保人员，经办机构应为其建立临时缴费账户。

港澳台居民参加企业养老保险的，不适用建立临时账户的相 关规定。

经县级以上党委组织部门、人力资源社会保障行政部门批准 调动，且与调入单位建立劳动关系并缴纳企业养老保险费的；未 就业随军配偶实现就业转移到新参保地经办机构或在军人退役随 军安置时暂未就业转移到随迁安置户籍所在地经办机构的，不受 以上年龄限制。

第二十八条 参保单位自与职工解除或终止劳动关系之日 起 15 日内办理减员，并提供《江西省参保职工增、减变动申报汇 总表》 (附件 4-1 ) 。

第二十九条 经办机构应在收到参保单位或参保人员参保 登记资料后，审核无异议的， 当 日办结人员参保登记。

第三十条 劳务派遣单位和用工单位所在地一致的，由劳务 派遣单位为被派遣劳动者办理参保登记。劳务派遣单位和用工单 位所在地不一致的，即劳务派遣单位跨地区派遣劳动者，劳务派 遣单位已在用工单位所在地设立分支机构的， 由分支机构为被派 遣劳动者办理参保登记；未在用工单位所在地设立分支机构， 由 用工单位代劳务派遣单位为被派遣劳动者办理参保登记。

第五节 人员基本信息变更

第三十一条 参保人员基本信息发生变更之日起 30 日内， 参保单位或参保人员应向经办机构申请办理人员基本信息变更。

第三十二条 参保单位可通过经办机构服务网点、网厅申请 办理人员信息变更；灵活就业人员可通过经办机构服务网点、网 厅、 自助服务设备和移动客户端申请办理。

第三十三条 关键信息变更须经办机构审核，参保单位或参 保人员应向经办机构提供以下材料：

( 一 ) 《江西省参保人员信息变更表》 ( 附件 5 ) ；

( 二 ) 参保人员姓名、有效身份证件号码变更，须依据变更 原因提供公安机关证明等能证明情况的原始材料 ( 因姓名同音字 修改、身份证件号码升位需变更信息的，仅需提供本人承诺书和 有效身份证件) ；

( 三 ) 户籍地、性别等变更的，需提供户籍材料；

( 四 ) 参保人员档案出生日期、参加工作时间、个人身份、 视同缴费年限、特殊工种经历、特殊人群标识、首次参保时间等 变更的，需提供职能部门确认相关材料。

第三十四条 经办机构在收到参保单位或参保人员变更申 请资料后，审核无异议的，应当日办结人员信息变更。

第六节 人员终止登记

第三十五条 在职参保人员发生以下情形时，企业养老保险

关系终止：

( 一 ) 死亡或被宣告死亡的；

( 二 ) 丧失中华人民共和国国籍并申请终止的；

( 三 ) 外国人在华参保缴费后离开中国并申请终止的；

( 四 ) 港澳台居民，离开内地 (大陆) 并申请终止的；

( 五 ) 达到法定退休年龄，但未达到领取基本养老金条件申 请终止的；

(六) 法律法规和政策规定的其他情形。

第三十六条 经办机构在收到终止企业养老保险关系申请

后，对符合条件的，应在 15 个工作日内办结终止登记。

第七节 应办未办参保登记的补办

第三十七条 本节适用的人员范围为按政策规定建立企业 养老保险个人账户之日后与我省用人单位建立劳动关系、应当参 加企业养老保险的人员。 已超过法定退休年龄且从未参加企业养 老保险的人员、 已依法享受基本养老保险待遇的人员除外。判断 是否超过法定退休年龄以用人单位和职工向经办机构申请、劳动 人事争议仲裁委员会受理案件、劳动监察部门受理投诉、审计部 门出具审计文书的时间为准。

第三十八条 用人单位和劳动者无法确认双方劳动关系，或 对应办未办参保登记时段、缴费工资有异议的，可以向劳动人事 争议仲裁委员会提出相关诉请。劳动者认为用人单位侵犯其劳动 保障合法权益的，可以向有管辖权限的劳动监察部门投诉。经办 机构业务部门以劳动人事争议仲裁机构下达的生效仲裁文书、人 民法院下达的生效法律文书、审计部门出具的《审计报告》、劳

动监察部门下达的《责令限期改正通知书》等文书为依据，确定 应办未办参保登记情况。

第三十九条 用人单位和劳动者能够确定劳动关系并提供 证明劳动关系佐证材料(含职工档案、工资发放凭证、劳动合同、 招工表、报名登记表等有效证明材料) 的，按以下情况处理：

( 一 )应办未办参保登记时段在 1—5 个月之内的，用人单位 和劳动者向经办机构业务部门提出申请，并填写《应办未办参保 登记协商确认申请表》 ( 附件 6 ) ， 由经办机构业务部门审核确 定应办未办参保登记情况；

( 二 ) 应办未办参保登记时段在 6— 35 个月的，用人单位和 职工向经办机构稽核部门提出申请，经办机构稽核部门按照稽核 简易程序办理。经办机构业务部门根据稽核部门审核后的《稽核 简易程序申请补缴审核表》 ( 附件 7 ) 确定应办未办参保登记情 况；

( 三 ) 应办未办参保登记时段在 36 个月 (含) 以上的，用人 单位和职工向经办机构稽核部门提出申请，经办机构稽核部门通 过稽核立案、通知、核查、告知、责令整改等流程， 出具《社会 保险稽核整改意见书》 ( 附件 8 ) 。经办机构业务部门根据该文 书确定应办未办参保登记情况。

第四十条 因用人单位和职工提供的材料不充分等情形，导 致经办机构不能认定应办未办参保登记劳动关系、存续时间的， 提交联席会议讨论研究。

第四十一条 联席会议由各地分别设立，一般由法规、职保、 仲裁、劳动监察、经办机构等相关部门组成，经办机构负责召集。

第四十二条 经联席会议讨论后仍不能认定的，由经办机构 书面告知当事人不予受理。

第四十三条 经办机构应当根据材料确定应办未办参保登 记时段，不得允许用人单位和职工指定办理参保时段。

第三章 征缴核定

征缴核定包括征缴模式、缴费工资申报、缴费要求、补缴核 定、退收核定五个部分。

第一节 征缴模式

第四十四条 我省企业养老保险基金征缴采取 “经办机构核 定、税务征收”模式。经办机构根据核定的参保单位及参保人员 缴费基数，每月前 2 日内生成企业养老保险月征缴计划，推送税 务部门征收。用人单位欠费补缴应即时推送税务征收； 因应办未 办参保登记补办产生的特殊补缴可以即时推送税务征收，也可随 下月征缴计划征收。

第四十五条 灵活就业人员向税务部门自行申报缴纳企业 养老保险费。

第二节 缴费工资申报

第四十六条 缴费工资实行年度申报制度。参保单位应当在 经办机构要求时间内，向参保地经办机构申报本单位职工名册和 职工上年度月平均工资，填报《在职人员上年度月平均工资申报 表》 ( 附件 9 ) ，职工签字确认及加盖单位公章后，随电子版一 并提交至参保地经办机构。

第四十七条 同一缴费年度内，参保单位初次申报缴费工资

后，其余月份只申报人员增减变动情况，办理人员变动业务时按 起薪或停薪之月申办缴费工资核增或核减手续。职工停薪留职、 请长假、外借、外聘等仍与用人单位保留劳动关系的职工缴费工 资按上述规定执行，并按经办机构核定的缴费基数按月缴纳企业 养老保险费。

第四十八条 参保单位申报缴费工资有误或其他需要调整

的，参保单位和职工可以提供由人民法院、审计部门、实施劳动 保障监察的行政部门或劳动争议仲裁委员会出具的具有法律效力 证明存在劳动关系相应文书，凭相应文书直接向经办机构业务部 门申请办理，填报《单位人员缴费工资调整表》 (附件 10) 。

第三节 缴费要求

第四十九条 参保单位及其职工应在规定期限内按时足额 缴纳应缴 (包括代扣代缴) 的企业养老保险费，未按时足额缴纳 的，经办机构按照有关规定加收利息和滞纳金。灵活就业人员通

过税务部门提供的缴费渠道， 自行选择缴费档次，可按年、季度 或月缴纳企业养老保险费。除国家、省有特殊规定的，灵活就业 人员不得跨年缴费。

第五十条 参保人员在监狱服刑、应征服兵役等期间，不得 缴纳企业养老保险费。

第四节 补缴核定

第五十一条 参保单位及其职工存在补缴情形的，缴费基数 根据职工补缴历年上年度月平均工资收入有关规定核定，职工进 入用人单位第一年的缴费基数按起薪当月(全月)工资收入核定。 无法确定职工本人月平均工资收入的，缴费基数按企业养老保险 历年使用的上年度在岗职工月平均工资 (地市上年度职工月平均 工资、全口径城镇单位就业人员月平均工资) 的 60%确定。补缴 2 020 年减免期间企业养老保险费的，根据参保单位组织机构类型 和企业规模划分，享受相应的减免政策。

第五十二条 参保单位及其职工按照规定向参保地经办机 构申报办理补缴业务的，填报《江西省用人单位补缴社会保险费 核定表》 ( 附件 11 ) ，并提供对应的工资明细资料或人民法院、 劳动仲裁、劳动监察、审计、社保稽核等相关部门出具的相关文 书和意见。

第五十三条 参保人员在《中华人民共和国社会保险法》实 施前参保，达到法定退休年龄时累计缴费不足 15 年，延长缴费 5

年后仍不足 15 年的，可以一次性缴费至满 15 年。一次性缴费基 数按办理手续时使用的全省上年度全口径城镇单位就业人员平均 工资的 60%予以确定，一次性缴费期间的指数按缴费基数与缴费 时使用的全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资比值计 算。

第五十四条 由政府安排工作退役士兵待安置期缴纳养老 保险费，经办机构应以退役军人事务部门提供审核确认后的《江 西省由政府安排工作退役士兵待安置期缴纳养老保险费申请表》 (附件 12 ) 为依据，办理企业养老保险缴费业务，根据月缴费基 数和申请缴费时段产生应缴金额，生成缴费通知单反馈给退役军 人事务管理部门。

第五十五条 全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工 资公布前， 当年的缴费基数暂按上年度采用的全省全口径城镇单 位就业人员平均工资的 60%-300%核定。待全省上年度全口径城镇 单位就业人员平均工资公布后，据实重新核定，并进行差额补收 或退收。参保单位当年缴清的，不收利息、滞纳金；跨年补缴的， 按规定加收利息和滞纳金。

第五十六条 参保单位缴纳当期以前应缴企业养老保险费

的，应先在参保地经办机构进行缴费核定，推送税务部门征收。

第五节 退收核定

第五十七条 参保单位因未及时办理解除 (终止) 劳动关系

的人员停保手续、用人单位或个人因缴费基数下调、在监狱服刑 期间存在缴费等导致多缴企业养老保险费的，可申请退还多缴的 企业养老保险费。参保单位申请退费应向参保地经办机构申报填 报《参保人员多缴养老保险费退还申请表》 ( 附件 13 ) ，并提供 解除劳动关系、判决书等能够证明需要退费的相关材料。

参保单位多缴费用可选择退回到单位待转基金账户，冲减以 后征缴月份的企业养老保险费；也可选择直接退回单位缴费银行 账户。

第五十八条 参保人员在我省按灵活就业人员身份缴纳本 年度企业养老保险费后，又在我省用人单位参保缴费且存在重复 时段的，可向以灵活就业身份缴费的经办机构提出申请，提交《参 保人员多缴养老保险费退还申请表》 ( 附件 13 ) ，退回重复时段 的灵活就业人员缴费。

第五十九条 参保单位因未及时办理职工停保手续导致生 成征缴台账的，在未完成缴费前可申请核销，填写《缴费台账核 销申请表》 (附件 14 ) ，并提供能够证明解除劳动关系的相关材 料。

第四章 个人账户管理

个人账户管理包括个人账户建立、个人账户记录、个人账户 计息、个人账户支付等内容。

第一节 个人账户建立

第六十条 经办机构根据参保人员登记信息及缴费情况，为 每位参保人员建立企业养老保险个人账户，用于记录个人缴费及 利息等养老保险权益。

第二节 个人账户记录

第六十一条 经办机构应及时、完整、准确的记载反映参保 人员及其参保单位履行养老保险义务、享受养老保险权益状况的 信息。

第六十二条 个人账户信息记录项目主要包括个人姓名、性 别、社会保障号码、参加工作时间、个人首次缴费时间、个人当 年缴费基数、 当年缴费月数、 当年记账利息及个人账户储存额情 况等。

第六十三条 参保单位或参保人员补建个人账户、补记或更 改个人缴费记录的，应向补建个人账户、补记或更改个人缴费记 录对应的经办机构提出申请，填写《个人账户维护申请表》 ( 附 件 15 ) ，并提供以下相关材料：

( 一 ) 财务到账凭证；

( 二 ) 加盖经办机构公章的原始材料；

( 三 ) 经办机构留存的电子或纸质档案；

( 四 ) 其他能证明参保缴费情况材料。

第三节 个人账户计息

第六十四条 个人账户计息统一按照人力资源社会保障部、 财政部每年公布的当年记账利率进行账户利息结转。 当年记账利 率公布前因终止养老保险关系产生的个人账户一次性返还业务， 按上年记账利率进行利息结转。

第六十五条 经办机构每年 12 月底根据缴费人员当年个人 账户记账额和缴费月，按规定进行个人账户利息计算，结合历年 缴费累计本息储存额进行结转，记入个人账户；对退休人员个人 账户储存额进行年终计息和结转。

第六十六条 利息计算的原则：

( 一 ) 无论当月何时缴费，均从记账月初开始计息；

( 二 ) 无论何时领取养老金，当月领取部分从月初开始不再 计息；

( 三 ) 一次性缴纳同一年度多月养老保险费时，从缴费记账 月开始计息。

第六十七条 养老保险关系转移人员的当年个人账户利息， 由转入地经办机构结转。

第六十八条 因死亡终止养老保险关系的人员，个人账户结 息至死亡当月；未及时办理退休的人员，办理退休时个人账户结 息至到达法定退休年龄当月；缴费不足十五年选择终止养老保险 关系的人员，个人账户结息至办理业务当月；重复领取养老保险 待遇终止养老保险关系的人员，个人账户结息至办理领取养老保

险待遇手续的当月。

第四节 个人账户支付

第六十九条 个人账户储存额用于支付以下项目；退休人员 个人账户养老金部分；退休人员按年度调整增加的养老金中按比 例由个人账户承担部分；一次性个人账户储存额退返部分。

第七十条 经办机构对领取基本养老金的退休人员按规定 按月冲减个人账户储存额，其中包括待遇核定时确定的个人账户 养老金、调整增加的养老金中按比例由个人账户承担部分。

第七十一条 参保人员养老保险关系终止的，经办机构为参 保人员办理个人账户储存额一次性返还业务。

第五章 关系转移接续

企业养老保险关系转移接续包括省内和跨省制度内转移接

续，退役军人、未就业随军配偶养老保险关系转移接续，企业养 老保险与机关事业单位基本养老保险关系转移接续，企业养老保 险和城乡居民基本养老保险跨制度衔接。 已经按国家规定领取基 本养老保险待遇的人员，不再转移基本养老保险关系。

第一节 省内制度内转移接续

第七十二条 参保人员在省内企业养老保险制度内流动就

业的， 由原参保地经办机构办理暂停养老保险关系，新就业地经 办机构办理接续养老保险关系，不转移基金。

第七十三条 省内跨设区市流动就业人员的待遇领取地按 照养老保险关系跨省转移接续办法确定。设区市内流动就业人员 的待遇领取地由各设区市确定。

第七十四条 参保人员在企业养老保险制度内流动就业的， 养老保险账户性质不改变。

第二节 跨省制度内转移接续

第七十五条 参保人员在企业养老保险制度内跨省流动的， 经办机构应通过部级社会保险关系转移系统 ( 以下简称部转移系 统)办理养老保险关系转移接续业务，不再邮寄纸质表单或文书， 按以下流程办理：

( 一 ) 提出转入申请。参保人员流动就业后，可通过国家社 会保险公共服务平台、电子社会保障卡或江西人社 APP 等线上渠 道提出转入申请，参保人员申请信息由业务信息系统自动下载； 也可在新就业地经办机构办理参保登记手续时一并提出养老保险 关系转入申请，填写《江西省企业养老保险关系转入申请表》( 附 件 16， 以下简称《转入申请表》 ) ；

( 二 ) 审核转移信息。新就业地经办机构受理申请并予以审 核。符合转入条件的，在受理之日起的 2 个工作日内，通过部转 移系统将《基本养老保险关系转移接续联系函》 ( 附件 17，以下

简称《联系函》 ) 发送至原参保地经办机构。原参保地经办机构 应在 2 个工作日内通过部转移系统下载《联系函》，符合转出条 件的，核对有关信息并生成《基本养老保险关系转移接续信息表》 (附件 18，以下简称《信息表》 ) ，通过部转移系统自动调用电 子签章系统对《信息表》的 PDF 文件加盖社会保险关系转移专用 电子印章，并将《信息表》传送至新就业地经办机构。新就业地 经办机构应在 4 个工作日内通过部转移系统下载《信息表》，对 相关信息完成审核，并完成受理确认；

( 三 ) 办理基金划转。原参保地经办机构在收到新就业地经 办机构对《信息表》的确认指令 5 个工作日内，办理基金划转手 续。新就业地经办机构在收到转移基金的 2 个工作日内核对转移 金额，并通过部转移系统做办结反馈处理。原参保地经办机构终

止参保人员在本地的企业养老保险关系并将信息保留备份。 第七十六条 临时账户的转移接续，按上述办法办理。

第三节 与机关事业单位养老保险关系转移接续

第七十七条 参保人员在企业和机关事业单位之间流动的， 养老保险关系转移接续参照跨省制度内转移接续办法办理。

第四节 退役军人养老保险关系转移接续

第七十八条 退役军人退出现役后，退役军人或接收安置单 位凭《军人退役养老保险参保缴费凭证》 ( 附件 19 ) 《军人退役

养老保险关系转移接续信息表》 (附件 20) 及银行汇款凭证复印 件办理转移接续手续，经办机构应及时办结。

( 一 ) 退役军人已办理参保登记的， 由参保地经办机构负责 办理转移接续手续。

( 二 ) 退役军人未办理参保登记的， 由户籍所在地经办机构 负责办理转移接续手续。

第七十九条 未就业随军配偶实现就业并参加企业养老保 险的， 由新参保地经办机构办理养老保险关系转移接续；未就业 随军配偶在军人退役随迁安置时暂未就业的， 由户籍地经办机构 办理养老保险关系转移接续，并按以下流程办理：

( 一 ) 用人单位或者本人，向新参保地或者户籍地经办机构 提出养老保险关系转移接续书面申请，出具《未就业随军配偶养 老保险参保缴费凭证》，填写《转入申请表》。

( 二 ) 新参保地或者户籍地经办机构按规定受理《转入申请 表》及相关资料，并予以审核。在受理之日起的 15 个工作日内， 向军队后勤 (联勤) 机关财务部门发出《联系函》。

( 三 ) 新参保地或者户籍所在地经办机构在收到《未就业随 军配偶养老保险关系转移接续信息表》和转移资金后的 15 个工作 日内办结有关手续。

第五节 与城乡居民基本养老保险制度衔接

第八十条 参保人员办理城乡居民养老保险转入企业养老

保险，按以下程序办理相关手续：

( 一 ) 参保人员向企业养老保险待遇领取地经办机构提出转 入申请，填写《城乡养老保险制度衔接申请表》 (附件 21，以下 简称《申请表》 ) ， 出示有效身份证件并提交复印件。

( 二 ) 企业养老保险待遇领取地经办机构受理并审核《申请 表》及相关资料，对符合制度衔接办法规定条件的，应在 15 个工 作 日内，向参保人员城乡居民养老保险关系所在地经办机构发出 《城乡养老保险制度衔接联系函》(附件 22，以下简称《联系函》)。 不符合制度衔接办法规定条件的，应向参保人员作出说明。

( 三 ) 企业养老保险待遇领取地经办机构在收到《城乡居民 基本养老保险信息表》和转移基金后的 15 个工作日内办结以下手 续：

1.核对《城乡居民基本养老保险信息表》及转移基金额； 2.录入参保人员城乡居民养老保险相关信息；

3.确定重复缴费时段及金额，按规定将城乡居民养老保险重 复缴费时段相应个人缴费和集体补助予以清退；

4.合并记录参保人员个人账户；

5.将办结情况告知参保人员。

第八十一条 参保人员办理企业养老保险转入城乡居民养 老保险，企业养老保险关系归集地经办机构收到《联系函》之日 起的 15 个工作日内，办结以下手续：

( 一 ) 生成《城镇职工基本养老保险信息表》 (附件 23 ) ，

传送给城乡居民养老保险待遇领取地经办机构；

( 二 ) 办理基金划转手续；

( 三 ) 终止参保人员在本地的企业养老保险关系。

第六节 重复缴费清理

第八十二条 参保人员同时在两地以上存续企业养老保险 关系的，按照 “先转后清”原则， 由转入地经办机构与本人协商 确定保留其中一个养老保险关系和个人账户，填写《重复缴费清 退养老保险关系申请书》 (附件 24 ) ，同期其他关系予以清理， 个人账户本金退还本人，相应的缴费年限不重复计算。参保人员 2009 年 12 月 31 日前产生的多重养老保险关系，设立多处的个人 账户，在办理转移基本养老保险关系后， 由新就业地经办机构为 其合并 2009 年 12 月 31 日前的多处个人账户。

第八十三条 参保人员参加机关事业单位基本养老保险期 间参加企业养老保险的，清理同期企业养老保险关系。

第八十四条 参保人员办理城乡居民养老保险转入企业养 老保险后，存在同一年度内同时参加企业养老保险和城乡居民养 老保险情况的， 由转入地经办机构清退城乡居民养老保险重复缴 费时段相应的个人缴费和集体补助，按以下程序办理：

( 一 ) 进行信息比对，确定重复缴费时段。重复时段为城乡 居民养老保险各年度与企业养老保险重复缴费的月数。

( 二 ) 确定重复缴费清退金额，生成并打印《城乡养老保险

重复缴费清退表》 (附件 25 ) 。重复缴费清退金额计算方法：

年度重复缴费清退金额= (年度个人缴费本金+年度集体补助 本金) /12 ×重复缴费月数；

清退总额=各年度重复缴费清退金额之和。

( 三 ) 将重复缴费清退金额退还参保人员，并将有关情况通 知本人。

第七节 一次性缴纳养老保险费超过3年的转移接续

第八十五条 参保人员在转出地一次性缴纳超过 3 年 (含)

的，转出地经办机构应在办理转出时按规定提供原补缴时对应的 法律文书或一次性缴纳养老保险费书面承诺书等材料。

第八十六条 按国家退役士兵补缴政策一次性缴纳超过 3 年

的，转出地经办机构应在办理转出时提供《补缴社会保险个人申 请办理表》。

第六章 待遇核定

待遇核定包括养老待遇、一次性待遇核定和暂缓待遇核定等 内容。

第一节 养老待遇

第八十七条 参加企业养老保险的个人，达到法定退休年龄

时且累计缴费满 15 年的，从批准退休后的次月起按月领取基本养 老金。

第八十八条 受人社行政部门委托的经办机构，依据参保单 位或参保人员在网厅或线下申请，对缴费满 15 年达到或即将达到 法定退休年龄人员进行退休资格审核。视情况提供以下相应证件 和资料：

( 一 ) 有效身份证件或社会保障卡 ( 以下简称“社保卡”) ；

( 二 ) 需认定视同缴费年限的，提供参保人员档案或档案所 在地县级及县级以上人力资源社会保障行政部门出具的视同缴费 年限认定材料，填报《江西省企业参保人员基本养老金申领表》 ( 附件 26 ) ；档案材料不全的，应补充提供相应原始材料。

( 三 ) 无视同缴费年限人员的填报《江西省无视同缴费人员 基本养老金申领表》 (附件 27 ) ；

( 四 ) 企业女职工填报《企业女职工选定退休年龄申请单》 ( 附件 28 ) 。

( 五 ) 其他与退休审核的相关材料。

第八十九条 受人社行政部门委托的经办机构根据参保单 位拟退休人员规模情况，开展正常退休集中预审，集中预审的人 员原则上应为距离法定退休年龄 1 年以内人员。

第九十条 经办机构要核对影响参保人员基本养老金水平 的参数和记录信息，并保持信息系统记录与审核情况一致。主要 包括以下内容：

( 一 ) 退休审核核定的出生时间、参加工作时间、视同缴费 年限、从事的特殊工种年限等；

( 二 ) 参保人员身份证件号码、姓名等；

( 三 ) 个人账户记载的实际缴费年限、缴费基数、缴费指数

。

等

第九十一条 经办机构对符合待遇领取条件的参保人员核 定待遇标准，信息系统自动生成《江西省参保人员养老保险待遇 核定表》 ( 附件 29 ) 。

第九十二条 参保人员对待遇有异议的，应由其所在单位或 本人向待遇领取地经办机构提出申请并提供相应原始资料按第八 十八条进行重新审核。对确属有误的，经办机构应办理信息变更 和重新核定待遇， 区分以下情况发放待遇：

( 一 ) 重新核定的待遇低于原核定的待遇的，从参保人员待 遇享受起始年月起扣发待遇；

( 二 ) 重新核定的待遇高于原核定的待遇的，属经办机构经 办错误导致的，从参保人员应享受待遇起始年月起补发待遇，涉 及年度待遇调整的，同步调整；非经办机构原因导致的，从办理 重新核定手续的次月起发放，差额部分不予补发。

第九十三条 参保单位或参保人员申报材料完整、缴费记录 清晰无误的，完成退休资格审核工作后，无视同缴费年限人员待 遇核定工作即时办结；有视同缴费年限的人员 2 个工作日办结待 遇核定。

第九十四条 在核定参保人员退休待遇时，经办机构发现与 其他险种或其他经办机构有领取养老保险待遇的情况，应先暂停 待遇核定。待查实后，再办理待遇核定或转移、终止养老保险关 系等手续。

第二节 一次性待遇核定

第九十五条 参保人员 (不含离退休人员) 出国定居、外国 人回国就业、参保人员达到法定退休年龄缴费不足 15 年或在异地 已领取基本养老金等原因申请终止企业养老保险关系的，提供以 下材料：

( 一 ) 《企业养老保险个人账户一次性领取申请表》 (附件 3 0) ；

( 二 ) 视情况提供其中之一。有效身份证件、丧失中华人民 共和国国籍相关资料等。

第九十六条 离退休人员因病或非因工死亡的，参保单位或 离退休人员亲属应在 30 日内到待遇领取地经办机构办理遗属待 遇申领手续，并提供以下材料：

( 一 ) 《企业养老保险遗属待遇申领表》 ( 附件 31 ) ；

( 二 ) 离退休人员、 申报人有效身份证件；

( 三 ) 火化证明；

( 四 ) 视情况提供其中之一。 医院出具的死亡医学证明、公 安部门出具的非正常死亡证明、司法部门出具的宣告死亡证明、 遗体捐赠证明等能证明死亡时间的材料。

第九十七条 在职人员因病或非因工死亡的，参保单位或在 职人员亲属应在 30 日内到在职人员最后参保地经办机构办理遗 属待遇申领手续，并提供以下材料：

( 一 ) 《企业养老保险遗属待遇申领表》 ( 附件 31 ) ；

( 二 ) 在职人员、 申报人有效身份证件；

( 三 ) 火化证明；

( 四 ) 视情况提供其中之一。 医院出具的死亡医学证明、公 安部门出具的非正常死亡证明、司法部门出具的宣告死亡证明、 遗体捐赠证明等能证明死亡时间的材料。

( 五 ) 存在视同缴费年限的，需提供职工档案， 由退休审批 部门确认；存在省外缴费年限 (含视同缴费年限) 的，需提供在 省外参保缴费的经办机构名称，由最后参保地经办机构发函确定。

参保人员符合按月领取基本养老金条件但未办理退休手续死 亡的，按照本条办理。

第九十八条 经办机构受理一次性待遇核定业务并审核通 过的，生成《企业养老保险一次性待遇支付结算单》 (附件 32 ) ， 同时终止参保人员企业养老保险关系。

第九十九条 在上年度全省居民月人均可支配收入公布前 死亡的，可暂按上年度使用的全省城镇居民月人均可支配收入计 算遗属待遇，待上年度全省居民月人均可支配收入公布后，再行 补差。

第一百条 一次性待遇核定业务应在 15 个工作日内限时办

结，相关待遇原则上发放至参保人员社保卡或银行账户。参保人 员社保卡或银行账户已不存在的等特殊情况可依公证书发放至继 承人银行账户。

第三节 暂缓待遇核定

第一百零一条 参保人员有下列情形之一的，暂缓办理退休 资格审核和待遇核定手续：

( 一 ) 在监狱服刑的；

( 二 ) 失踪暂未宣告死亡的；

( 三 ) 参保单位或参保人员申请暂缓办理的；

( 四 ) 其他情形。

第七章 待遇调整和发放

第一百零二条 经办机构根据上级部门调整基本养老金及 相关补贴的政策规定，对符合待遇享受条件的人员进行统一调整， 按照规定的执行时间进行发放和补发。离退休人员死亡后符合调 整基本养老金和相关补贴的，应予调整补发；需按新标准重新计 算遗属待遇的，补发差额。

第一百零三条 离退休人员发生以下情况时，经办机构应予 补发养老金：

( 一 ) 因经办机构原因导致申报退休后审批延误、待遇计算

有误、待遇调整有误等造成不能按时领取基本养老金的；

( 二 ) 离退休人员失踪或下落不明超过 6 个月，经办机构已 暂停支付其基本养老金后再次出现或家属能够提供其仍具有领取 资格证明的；

( 三 ) 未在规定的时间内进行领取养老保险待遇资格认证的 人员，其补办了资格认证手续，符合领取条件的；

( 四 ) 因涉嫌犯罪被通缉或羁押定罪期间停发养老金的，后 被判无罪的，可补发被通缉或羁押定罪期间的养老金；

( 五 ) 经退休审批部门审核同意补发的。

第一百零四条 离退休人员有下列情形之一的，暂停待遇发 放：

( 一 ) 超期未进行领取待遇资格认证的；

( 二 ) 收到社会举报、审计部门审计疑似冒领养老金或重复 领取养老保险待遇的；

( 三 ) 失踪、下落不明超过 6 个月的；

( 四 ) 在监狱服刑的；

( 五 ) 被举报死亡或疑似死亡的；

( 六 ) 转出本统筹区的；

(七) 其他需要暂停待遇发放的情形。

第一百零五条 离休建老人员冬季取暖费按照三个月周期 发放，即从当年 12 月至次年 2 月；离休干部高温津贴按照四个月 周期发放，即从当年 6 月至 9 月。冬季取暖费或高温津贴与离退

休待遇同步发放。

第一百零六条 经办机构每月 5 日前，根据上月待遇支付记 录、本月离退休人员增减变化情况以及待遇调整、待遇补发和扣 减等相关信息，汇总统计本月离退休人数及金额变动情况，编制 当月待遇支付计划，生成发放数据。

第一百零七条 经办机构应对金融机构反馈的资金支付明 细和支付回执凭证进行核对。对发放不成功的，应会同金融机构 及时解决，转入二次发放流程。涉及参保人银行账号错误或银行 卡状态等问题，应及时通知参保人员核查解决。

第八章 领取待遇资格认证

第一百零八条 经办机构在每个认证周期内对离退休人员 开展领取待遇资格认证工作。认证周期采用递延计算方式，开始 时间为离退休人员最新认证时间，截止时间为开始时间后 365 天。 每次认证后，认证周期开始时间自动更新，认证周期自动向后递 延。

第一百零九条 领取待遇资格认证实行以信息比对 “静默认 证”为主、人脸识别自助认证为辅，社会化服务现场认证为补充 的认证模式。

第一百一十条 跨省异地居住的离退休人员可由居住地经 办机构开展异地协助认证。 出境定居的离退休人员，可通过 “中

国领事”APP 进行领取待遇资格认证；如线上提交失败或查询不 到审核结果，可联系使馆现场办理认证。

第一百一十一条 经办机构对认证期满前三个月的未认证 人员，要提前采取电话、短信等方式督促提醒其限期认证，并采 取退休人员社会化服务等方式核实其生存状态。

第一百一十二条 经办机构要加大认证疑点信息核查力度， 做到 “应核尽核、动态清零”；对上级部门下发的待核实人员信 息，应当在规定时间内完成认证信息核查。

第一百一十三条 有下列情形之一的，列入具备领取待遇资 格人员名单：

( 一 ) 认证周期内主动到经办窗口办理资格认证的人员；

( 二 ) 通过人脸识别等自助认证方式确认具备领取待遇资格 人员；

( 三 ) 经所在管理单位 (含具有社会化管理职能的单位) 确 认具备领取待遇资格的人员；

( 四 ) 有出院信息，乘坐飞机、火车记录， 出入境记录以及 其他途径获取的可以确认具备领取待遇资格的人员。

第一百一十四条 有下列情形之一的，列入丧失领取待遇资 格人员名单：

( 一 ) 家属主动申报死亡、失踪、在监狱服刑的；

( 二 ) 异地资格认证、异地就医、联网监测、社保卡等人力 资源社会保障数据库中标识为死亡、失踪、在监狱服刑的；

( 三 ) 国家人口库中标识为死亡的；

( 四 ) 公安部门户籍库中因死亡注销户籍的；

( 五 ) 法院判决宣告死亡的；

(六) 民政部门殡葬信息中火化的；

(七) 医疗机构开具死亡证明的；

(八) 司法部门掌握的在监狱服刑的；

(九) 经所在管理单位或街道 ( 乡镇) 、社区 (村) 等基层 服务组织确认及上报死亡的；

(十) 通过其他途径获取的丧失领取待遇资格的人员。

第一百一十五条 有下列情形之一的，列入待核实人员名 单：

( 一 ) 跨部门共享信息显示死亡、但本地业务系统仍然正常 发放待遇的人员；

( 二 ) 同时存在于具备领取待遇资格人员名单和丧失领取待 遇资格人员名单中的人员；

( 三 ) 认证期满后仍未获取有效认证信息的人员；

( 四 ) 存在重复领取待遇的人员。

第一百一十六条 经办机构要通过资格认证工作，对发生变 更的及时予以调整并根据资格认证结果进行如下处理：

( 一 ) 退休人员在资格认证周期内通过资格认证且符合养老 保险待遇领取资格的，继续发放养老保险待遇；

( 二 ) 对被列入待核实人员名单，应当办理待遇暂停手续， 重新具备领取待遇资格的，经办机构应当从恢复领取待遇资格次 月起为其恢复待遇并按规定予以补发。对重复领取待遇的人员， 遵循享受待遇唯一性原则，按政策确定应保留的养老保险待遇。

( 三 ) 退休人员在资格认证周期内丧失领取养老保险待遇资 格的，经办机构应暂停或终止发放养老保险待遇，对多发的养老 保险待遇应予以追回。

第一百一十七条 重复领取待遇且放弃异地待遇、保留本地 待遇的人员，经办机构审核终止待遇地经办机构出具的终止领取 养老待遇材料原件和退款证明或收据后，再恢复发放本地养老保 险待遇。

第九章 权益查询打印

第一百一十八条 参保单位可通过经办机构窗口、网厅、 自 助服务设备、移动应用程序等方式查询打印本单位缴费情况和职 工在本单位工作期间养老保险登记、养老保险费缴纳以及养老保 险待遇领取等信息。 向经办机构窗 口申请查询打印的，参保单位 授权人应当提供有效身份证件。

第一百一十九条 参保人员可通过经办机构窗口、网厅、 自 助服务设备、移动应用程序等方式查询打印本人参保缴费或待遇 领取信息，参保人员向经办机构窗口查询打印本人养老保险信息

的，应当提供本人有效身份证件；委托他人查询打印的，应当提 供委托人和被委托人的有效身份证件、委托书。

第一百二十条 有关行政部门、 司法机关等因履行工作职

责，或者社会机构经个人授权依法需要查询个人权益记录的，可 以向经办机构提出书面申请， 申请应包括下列内容：

( 一 ) 申请单位的有效证明文件、单位名称、联系方式；

( 二 ) 经办人工作证件或有效身份证件；

( 三 ) 查询的目的和法律法规依据；

( 四 ) 查询的范围和内容。经办机构应当对查询申请进行审 核，符合条件的，提供查询服务，并对查询情况进行登记。

第一百二十一条 参保单位或参保人员通过网厅、 自助服务 设备、移动应用程序等方式查询打印权益记录的，权益记录附有 全省统一的电子专用章和验证码，不再另行加盖鲜章，可作为参 保单位或参保人员参保缴费、待遇享受的书面证明。

第一百二十二条 参保单位或参保人员对经办机构提供或 公布的个人权益记录有异议的，可向经办机构提出变更申请，并 提供相关证明资料。经办机构应根据参保单位或参保人员提供的 有关资料，与个人权益记载情况进行核对，查明原因。确实存在 错误的，应当及时更正。

第十章 稽核管理

第一百二十三条 经办机构应按照《社会保险稽核办法》等 文件要求，组织实施稽核工作。

第一百二十四条 经办机构应设立专门的稽核内控部门，配 备专职人员，具体承办稽核工作。县 ( 区 ) 级经办机构专职人员 不得少于 2 名。经办机构可以委托第三方专业机构协助开展稽核， 其经费列入年度预算。

第一百二十五条 经办机构应对下列事项进行稽核：

( 一 ) 参保单位办理用工参保和缴费工资申报情况 ( 以下简 称 “征缴稽核”) ，包含单位申报的社会保险缴费人数、缴费工 资是否符合国家规定；单位是否按时足额缴纳社会保险费；单位 欠缴社会保险费的补缴情况；单位代扣代缴职工社会保险费的情 况。

( 二 ) 涉及领取养老保险待遇的个人及相关单位待遇领取情 况，包含养老保险待遇有关基本信息，个人账户信息，待遇信息 是否真实、准确、完整；养老保险待遇享受标准是否符合政策规 定， 申报资料是否真实完整；待遇领取人是否具备领取资格。

( 三 ) 国家规定的或者有关部门交办的其他稽核事项。

第一百二十六条 社会保险稽核采用日常稽核、重点稽核和 举报稽核等方式进行。经办机构受理投诉举报，应根据受理审核 情况，出具《社会保险稽核受理告知书》 (附件33) 或《社会保 险稽核不予受理告知书》 (附件34) 。

第一百二十七条 实施稽核前，经办机构应确定稽核对象，

组成稽核小组。稽核小组应由2名以上稽核人员组成，并落实回 避要求。

第一百二十八条 稽核小组应按规定视情况向稽核对象送 达《社会保险稽核通知书》 ( 附件35) ，告知稽核的内容、要求、 方法、时间和需要准备的资料等事项。稽核对象为单位的，应提 前3个工作日送达，对于稽核对象存在下属单位的，可根据情况 提前7个工作日内送达，特殊情况可以不事先通知；稽核对象为 个人的，可视工作需要采取公告、通知或当面告知等方式通知。

第一百二十九条 稽核小组开展稽核，应出示相关证件，告 知稽核的依据、 内容。稽核人员可通过以下方式实施稽核：

( 一 ) 通过现场调查、询问等方式对稽核事项有关情况和资 料进行核查；

( 二 ) 聘请会计师事务所等社会组织参与稽核调查取证工 作；

( 三 ) 通过函证、与相关部门数据交换和查询有关部门发布 的信息等方式获取稽核资料；

( 四 ) 需要异地调查取证的，可委托当地经办机构协助调查 取证，必要时可派人参与受托地经办机构的调查取证。

在稽核过程中对有关情况和资料应记录、录音、录像、照相 或复制，获取的有关数据、资料和证明材料，应注明来源和时间。

第一百三十条 稽核小组应在稽核审理结束后5个工作日内 向稽核对象送达《社会保险稽核情况告知书》 ( 附件36) ，稽核

对象对结论有异议的，应在5个工作日内书面回复，逾期未回复 视为无异议。稽核对象提出异议的，稽核小组应对提出异议的事 项进一步核实，根据核实情况维持或重新作出稽核结论。

第一百三十一条 经稽核发现稽核对象有违规行为的，应在 稽核结束后 10 个工作日内向稽核对象送达《社会保险稽核整改 意见书》 ( 附件 8 ) ，责令稽核对象在限定时间内予以改正。属 于举报投诉的，应在收到投诉举报之日起 60 天内将稽核结果告 知举报人，特殊情况下，可延期 30 天。

第一百三十二条 社会保险稽核环节应根据稽核结论填写 《社会保险稽核情况抄告单》 (附件37) 送交相关征缴环节或待 遇支付环节，征缴或支付环节根据稽核结论，对被稽核对象征缴 或支付计划作相应变更调整。对用人单位少缴、漏缴或欠缴社会 保险费的，应核定应征数额推送税务部门征收；对存在多领、 冒 领社会保险待遇的，应及时办理停发，并按规定做好追缴工作。 经办机构应及时跟踪稽核结果执行情况。

第一百三十三条 相关稽核文书送达或调查材料取证时，应 由稽核对象或证据提供人签字，拒不签字的，应由2名以上稽核 人员注明原因并签字确认。

第一百三十四条 符合以下情形之一的，经办机构应填写 《社会保险提请行政处理建议书》 (附件38) ，报请同级社会保 险行政部门依照法律、法规、规章处理或处罚 (省社保中心经办 事项按属地化原则移交属地劳动保障监察部门) 。

( 一 ) 稽核对象拒不接受稽核或无正当理由拒不履行《社会 保险稽核整改意见书》处理意见的；

( 二 ) 稽核机构发现稽核对象以欺诈、伪造证明材料或者其 他手段骗取社会保险基金的。

第一百三十五条 有下列情形之一的，经办机构征缴稽核应 中止：

( 一 ) 稽核对象出现下落不明、企业登记规定中歇业、终止 营业等情况或类似情形的；

( 二 ) 稽核对象的会计账簿被司法机关封存的；

( 三 ) 稽核对象正在通过人民法院、实施劳动保障监察的行 政部门、劳动争议仲裁委员会等途径解决劳动争议的；

( 四 ) 遇有国家政策重大调整或不可抗力因素的；

( 五 ) 经办机构认为需要中止的其他情形。

中止稽核的情形消失后，经办机构恢复稽核。

第一百三十六条 有下列情形之一的，经办机构征缴稽核终 止：

( 一 ) 稽核对象存在企业登记规定中被撤销、宣告破产、注 销等情况或类似情形的；

( 二 ) 举报人和被举报单位均无法提供必要的证据和资料 (包括工资收入、单位主体变更后权利义务承受关系、举报人身 份证明、劳动关系证明等) 且无法证实违规行为的；

( 三 ) 符合上条规定中止稽核满三年仍未能恢复的；

( 四 ) 经办机构认为需要终止的其他情形。

第一百三十七条 符合以下情形，可适用稽核简易程序，经 审核后可当场出具稽核结论：

( 一 ) 案件事实清楚、证据充分、情节简单的；

( 二 ) 当事人承认违规行为，且违规行为后果影响轻微的；

( 三 ) 稽核对象对稽核结论和适用简易程序无异议的。

第一百三十八条 经办机构应将稽核结果列入社会保险诚 信系统，会同有关部门实施联合惩戒。

第一百三十九条 稽核结束后，稽核人员应对稽核过程进行 汇总分析，及时将稽核文书、相关证据等有关材料按《社会保险 业务档案管理规范》的要求归档。

第十一章 内部控制

第一百四十条 经办机构应按照《社会保险经办内部控制规

范》要求，组织开展内部控制工作。

第一百四十一条 经办机构应建立以内部控制领导小组为 决策层，业务、基金财务、信息系统管理、数据管理、档案管理 等部门为执行层，稽核内控部门为组织和监督层的内部控制管理 组织体系。

第一百四十二条 内部控制执行部门应根据自身职责和权 限梳理风险点，结合岗位权限配置情况、业务系统预警提示的业

务事项以及数据稽核筛查的疑点数据等，确定内部控制自查内 容，对本部门履行职责的状况进行自查，对自查发现的问题应及 时整改，并向内部控制监督检查部门反馈整改报告及相关佐证材 料。经办机构内部控制执行部门在业务经办过程中发现风险，应 及时向稽核内控部门报告，并建立异常业务审查和纠错机制。

第一百四十三条 内部控制监督检查部门应根据自身职责 和权限，结合岗位权限配置情况、业务系统预警提示的业务事项 以及数据稽核筛查的疑点数据等，对本单位、本地区的内部控制 建设和执行情况进行日常监督检查和专项监督检查。 内部控制日 常及专项监督检查应由2名及以上工作人员开展，检查人员应对 监督检查工作获取的信息保密。根据工作需要，经办机构可聘请 第三方专业机构协助开展内部控制监督检查工作。

第一百四十四条 内部控制监督检查部门应确定风险点，搜 集相关资料，制定内部控制专项监督检查方案，组织开展内部控 制日常监督检查。开展监督检查前，应提前通知内部控制专项监 督检查对象 (特殊情况可不通知) 。监督检查可运用询问、查阅、 观察和业务测试、抽样统计、逻辑校验、数据分析、系统监控等 方法，重点采取数据稽核形式开展监督检查，与检查事项相关的 问题可延伸调查。获取的佐证材料，应注明来源和获取时间，并 要求被监督检查对象签字或盖章确认，拒绝签字或盖章的，检查 人员应注明原因。应重点关注串通舞弊、滥用职权、环境变化等 因素形成的内部控制局限性所带来的风险。监督检查结束后，填

写《社会保险经办内部控制监督检查工作底稿》，形成相应的监 督检查报告，报内部控制工作领导小组并送被监督检查对象。

第一百四十五条 内部控制监督检查部门应督促被监督检 查对象对发现的问题限期整改，被监督检查对象应及时反馈整改 报告及相关佐证材料。 内部控制监督检查部门应跟踪核实整改情 况，报本单位内部控制工作领导小组。 内部控制工作领导小组发 现属制度缺陷的，应组织相关部门完善制度；属违规经办的，应 按照相关规定追责问责。整改到位后整理资料归档。

第一百四十六条 经办机构应加强内控管理，对通过数据筛 查比对等方式发现的涉及经办机构、用人单位、参保及待遇领取 人员、社会保险服务机构的问题线索开展核查， 内部控制监督检 查部门应组织内部控制执行部门，通过查阅原始档案资料、查看 信息系统记录、实地走访调查等多种方式对疑点数据进行逐人逐 条核实，并留存必要的证据材料。经办机构应依托业务系统建立 疑点核查台账，在业务系统内反馈核查整改情况并上传必要佐证 材料备查， 内部控制监督部门对核实结果应开展抽查检查。

第一百四十七条 上级经办机构应对数据比对筛查、数据核 实、举报投诉、上级交办及审计、纪检监察部门转办等方式获取 的重点问题线索涉及的下级经办机构进行重点稽核，根据重点问 题线索形成稽核意见，经领导审批后，向稽核对象下发《社会保 险重点稽核通知书》 ( 附件39) 。稽核对象应根据要求，对重点 问题线索进行核查，查清事实，梳理业务经办流程，分析原因，

查找问题隐患，并制定具体的整改措施。稽核对象应在规定时限 内完成整改工作，形成核查整改情况报告并附相关材料，经主要 负责人签字后上报，报告应真实完整。

第一百四十八条 省、市经办机构应根据上级部署或实际情

况，针对重点或专项工作，组织开展专项监督检查， 由内部控制 监督部门牵头组织实施， 内部控制执行部门根据职责做好配合检 查和问题整改。

第一百四十九条 经办机构应建立岗位权限管理制度，按照 《社会保险经办机构岗位权限管理办法》要求，建立业务分级审 核机制，落实不相容岗位制约要求，实行高风险岗位轮岗制度。 岗位权限管理按照业务部门申请、内控部门审核、单位领导审批、 信息系统赋权的步骤进行，对不符合条件的岗位权限应及时进行 清理。

第一百五十条 经办机构发现社会保险基金涉嫌被贪污、欺 诈骗取以及其他违规行为造成基金损失的，应按照《社会保险要 情报告制度》要求，及时报告同级人力资源社会保障行政部门和 上级经办机构。

第十二章 基金管理

第一百五十一条 经办机构应按照《社会保险基金财务制 度》《社会保险基金会计制度》《企业职工基本养老保险基金财

务经办规范 (暂行 ) 》 (人社厅函〔2022〕7 号 ) 《江西省人民 政府关于印发江西省企业职工基本养老保险基金省级统收统支实 施方案的通知》 (赣府字〔2019〕71 号 ) 《江西省人力资源和社 会保障厅等四部门关于规范我省社会保险基金流转流程的通知》 (赣人社字〔2020〕342 号 ) 等规定，加强企业养老保险基金管 理。

第一百五十二条 全省基金由省级集中统一管理，实行 “收 支两条线”全额缴拨，省级统收统支管理。经办机构各项基金收 入按期全额归集至省级社保基金归集户后转至省级社保基金财政 专户，省级社保基金财政专户根据请款统一拨付至各级经办机构 基金支出户，各级经办机构应于每月 15 日前 (遇节假日提前)进 行待遇发放。企业养老保险基金专款专用，任何部门、单位和个 人均不得挤占挪用。

第一百五十三条 各级经办机构负责本地区企业养老保险 基金的财务管理、会计核算。需内设财务管理部门或者相应专业 工作岗位，配备专职会计和出纳，财务人员应具备从事会计工作 的相关专业知识。

第一百五十四条 企业养老保险基金应按照相关规定单独 设立账户，加强基金账户管理，根据业务工作实际情况，合理确 定开户数量，新设经办机构原则上只开设一个收入户和一个支出 户。

收入户用于暂存由税务部门征收的基本养老保险费收入；暂 存经办机构收到的政府挂账偿还及财政代缴资金等保险费收入；

暂存基本养老保险基金转移收入；暂存该账户的利息收入及其他 收入；除向财政专户划转基金，原渠道退回保险费收入、转移收 入，按基金流转流程划转资金外，不得发生其他支付业务。原则 上月末无余额。

支出户用于接受省级财政部门拨入的基本养老保险支付费

用；暂存基本养老保险基金支付费用及该账户利息收入；支付和 转出企业养老保险基金支出款项； 向省级经办机构上缴该账户利 息。除接收省级财政部门拨入的基金及该账户的利息收入和原渠 道退回支付资金外，不得发生其他收入业务。

第一百五十五条 经办机构基金财务部门应通过社银平台 发放待遇和转出基金等。基金支付后，根据银行反馈数据文件进 行到账确认。发放失败的，资金退回支出户，核对修改信息后， 重新支付。

经办机构基金财务部门应根据业务实际，按时完成以下支付：

( 一 )根据业务部门传递的退费数据，在 10 个工作日内将款 项退还缴费单位或个人。

( 二 ) 根据业务部门按日汇总推送的转移、一次性待遇支付 数据，在 2 个工作日内完成转出资金划转工作。

(三)每月根据业务部门推送的当月养老金社会化发放数据， 与业务系统比对审核，核对一致的，在规定时间内将资金拨付各 代发银行。

第一百五十六条 经办机构基金财务部门应根据转移收入 的银行回单，在 2 个工作日内将转移收入对应的姓名、证件号码、

金额核对一致后，在业务系统进行转入基金匹配登记，并将办理 结果推送至业务部门。

第一百五十七条 基金银行存款实行统一计息办法。对存入 收入户和支出户的活期存款实行优惠利率，按不低于三个月整存 整取定期存款基准利率计息。

第一百五十八条 经办机构应使用全省统一的财务记账软 件及会计科目进行编制相关银行存款日记账、会计记账凭证、明 细分类账。

各级经办机构根据同级财政部门 (或人民银行) 提供的预算 收入日报表及税务部门提供的与国库对账一致的入库明细表纸质 盖章版为依据确认保险费收入，借记 “国库存款”，贷记 “社会 保险费收入”。

各级经办机构收到转入基金后确认转移收入，根据银行回单、 业务转移接续函等凭证借记“收入户存款”，贷记“转移收入”。

利息收入及其他收入由各级经办机构根据基金开户银行利息 通知单、银行回单、财政专户缴拨凭证等借记 “收入户存款” ， 贷记相应科目。

经办机构应根据业务单据、基金支付审批表和银行支付凭证， 对基金支出进行核算。借记相应支出科目，贷记“支出户存款”。

第一百五十九条 省级统筹基金的上解下拨会计核算：省级 统筹基金上解时，各市、县 ( 区 ) 借记 “上解上级支出--省级统 筹基金”，贷记“银行存款”；省级借记“银行存款”，贷记“下 级上解收入--省级统筹基金”。省级统筹基金下拨时，各市、县

( 区)借记“银行存款”，贷记“上级补助收入--省级统筹基金”； 省级借记“补助下级支出--省级统筹基金”，贷记“银行存款”。

累计结余基金上解下拨通过 “下级上解收入--结余基金”、 “上解上级支出一-结余基金”会计科目核算。

第一百六十条 经办机构应根据总分类账、明细分类账等， 编制月、季、年会计报表，确保账实相符、及时记账、账表一致， 按时报送。

第十三章 附则

第一百六十一条 本规程中年龄、年限精确至月；缴费工资、 缴费基数、城镇居民月人均可支配收入采用尾数进位精确至元； 应缴金额、个人账户结息采用四舍五入精确至分；待遇金额采用 尾数进位精确至分；缴费指数采用四舍五入保留三位小数。

第一百六十二条 企业养老保险经办实行申报核定制度，原 则上每月最后 2 个工作日至次月前 2 个工作日为企业养老保险业 务结算期。

第一百六十三条 本规程所称有效身份证件包括：居民身份 证 (包含临时居民身份证) 、户 口簿、社保卡、港澳台居民证件、 外国人永久居留身份证、护照等在有效期内使用的证件。

第一百六十四条 本规程与新出台的法律法规、政策文件不 相符的，按照新规定执行。

第一百六十五条 本规程自印发之日起施行。

附件：1.《江西省用人单位社会保险登记表》

2.《江西省参保单位基本信息变更表》 3.《江西省参保单位注销登记申请表》 4-1.《江西省参保职工增、减变动申报汇总表》 4-2.《江西省企业新增参保人员基本信息登记表》 5.《江西省参保人员信息变更表》 6.《应办未办参保登记协商确认申请表》 7.《稽核简易程序申请补缴审核表》 8.《社会保险稽核整改意见书》 9.《在职人员上年度月平均工资申报表》 10.《单位人员缴费工资调整表》 11.《江西省用人单位补缴社会保险费核定表》 12.《江西省由政府安排工作退役士兵待安置期缴纳

养老保险费申请表》 13.《参保人员多缴养老保险费退还申请表》 14.《缴费台账核销申请表》 15.《个人账户维护申请表》 16.《江西省企业养老保险关系转入申请表》 17.《基本养老保险关系转移接续联系函》 18.《基本养老保险关系转移接续信息》 19.《军人退役养老保险参保缴费凭证》 20.《军人退役养老保险关系转移接续信息表》

21.《城乡养老保险制度衔接申请表》 22.《城乡养老保险制度衔接联系函》 23.《城镇职工基本养老保险信息表》 24.《重复缴费清退养老保险关系申请书》 25.《城乡养老保险重复缴费清退表》 26.《江西省企业参保人员基本养老金申领表》 27.《江西省无视同缴费人员基本养老金申领表》 28.《企业女职工选定退休年龄申请单》 29.《江西省参保人员养老金待遇核定表》 30.《企业养老保险个人账户一次性领取申请表》 31.《企业养老保险遗属待遇申领表》 32.《企业养老保险一次性待遇支付结算单》 33.《社会保险稽核受理告知书》 34.《社会保险稽核不予受理告知书》 35.《社会保险稽核通知书》 36.《社会保险稽核情况告知书》 37.《社会保险稽核情况抄告单》 38.《社会保险提请行政处罚建议书》 39.《社会保险重点稽核通知书》

附件 1

江西省用人单位社会保险登记表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称  (盖章) |  | 统一社会  信用代码 |  | | |
| 单位社保  系统编号 |  | 所属行业 |  | 行业风险类别 |  |
| 单位类型 |  | 经济类型 |  | 单位联系电话 |  |
| 批准成立  部门 |  | 批准成立日期 |  | 联系地址 |  |
| 法人代表人  姓名 |  | 法人代表人  证件号码 |  | 法人代表人  联系电话 |  |
| 经办人姓名 |  | 经办人  证件号码 |  | 经办人  联系电话 |  |
| 开户银行 |  | | 开户行行号 |  | |
| 银行户名 |  | | 银行账号 |  | |
| 参保险种 | □企业职工基本养老保险 □失业保险 □工伤保险 □补充工伤保险 | | | | |
| 社保经办  机构意见 | 审核意见： | | | | |
| 经办人： | (签章) ：  年 月 日 | | | |

附件 2

江西省参保单位基本信息变更表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号： |  | | | |
| 单位名称： |  | | | |
| 序 号 | 变更事项 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申报单位承诺：  本单位所提交的材料及填报的信息真实无误，如因材料或填报信息错误、虚假导致的问题，本单 位承担相应法律责任。  单位经办人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | |

附件 3

江西省参保单位注销登记申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位编号： |  | |
| 单位名称： |  | |
| 申请事由 | 单位注销 ( ) | 单位解散 ( ) |
| 单位破产 ( ) |
| 单位撤销 ( ) |
| 其 他 ( ) |
| 单位分立 ( ) | 分立单位名称: |
|  |
| 单位合并 ( ) | 合并后单位名称: |
| 成建制转出 ( ) | 转入地社保经办机构名称： |
|  |
| 成建制转入 ( ) | 转出地社保经办机构名称： |
|  |
| 变动原因 |  | |
| 申报单位承诺：  本单位所提交的材料及填报的信息真实无误，如因材料或填报信息错误、虚假导致的问题，本单 位承担相应法律责任。  单位盖章：  年 月 日 | | |

附件 4-1

江西省参保职工增 、减变动申报汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位  编号 | 单位  名称 | 个人  编号 | 姓名 | 变动  年月 | 增加/  减少 | 缴费  工资 | 增减  原因 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件 4-2

江西省企业新增参保人员基本信息登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号： |  | | | |
| 姓 名 |  | 国 籍 | |  |
| 证件号码 |  | | | |
| 出生年月 |  | 民 族 | |  |
| 性 别 | □男 □女 | 身 份 | | □干部 (管理、技术岗) □工人 |
| 参加险种 | □企业职工基本养老保险  □失业保险 | | □工伤保险  □补充工伤保险 | |
| 退役军人 | □是 □否 | 军 龄 | | 年 月至 年 月 |
| 联系方式 |  | 邮 编 | |  |
| 户籍地址 |  | | | |
| 申报单位承诺：本单位所提交的材料及填报的信息已告知参保人员且真实无误，如因材料或填报 信息错误、虚假导致的问题，本单位承担相应法律责任。  单位盖章：  年 月 日 | | | | |

附件 5

单位编号：

江西省参保人员信息变更表

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保单位(个人)申报信息项 | 姓 名 | |  | 个人编号 |  |
| 证件号码 | |  | 手机号码 |  |
| 类 别 | | 变更前 | 变更后 | |
| 姓 名 | |  |  | |
| 证件号码 | |  |  | |
| 出生年月 | |  |  | |
| 参加工作日期 | |  |  | |
| 参保状态 | |  |  | |
| 发放  信息 | 开户银行 |  |  | |
| 银行账号 |  |  | |
| 其他 |  |  |  | |
| 申请单位/个人承诺：  本人/本单位所提交的材料及填报的信息真实无误，如因材料 或填报信息虚假导致的问题，本人/本单位自愿承担全部责任。  申请人/单位盖章：  年 月 日 | | | | 社会保险经办机构意见：  经办人：  年 月 日 | |

本表一式二份：一份单位存档，一份交经办机构存档。

附件 6

应办未办参保登记协商确认申请表

申请日期 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 |  | 统一社会  信用代码 |  |
| 职工姓名 |  | 职工  证件号码 |  |
| 职工在用人单位  应办未办参保登  记时段 | \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月  \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月  与本单位存在劳动关系 | | |
| 职工确认意见 | (签字) | 用人单位确 认意见 | (签章) |
| 原始材料  名称： |  | | |

附件 7

稽核简易程序申请补缴审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 编号 |  | | | | 单位  名称 |  | | | | |
| 人员 补缴 信息 | 姓名 |  | 证件  号码 | *同一单位存在多人需补缴时，* *另附人员补缴明细表* | | | | | 个人  编号 |  |
| 申请补缴时间 | | 年 月至 年 月 | | | | | | 月数 | 个月 |
| 补缴 年度 |  | | 申报补 缴工资 |  | | | | | 本 人 对 单 位申请补缴的 补缴时段和工 资水平无异议。  签字：  年 月 日 |
| #补缴 起始月 | #补缴 截止月 | #项目 1： | #项目 2： | #项目 3： | #项目 4： | #项目 5： |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请 补缴 险种 | □ 企业职工基本养老保险 □ 机关事业单位基本养老保险  □ 工伤保险 □ 职业年金 □ 失业保险 | | | | | | | | | |
| 申请 补缴 原因 |  | | | | | | | | | |
| 单位 意见 | 本单位承诺提供的材料真实合法有效，对申报的补缴时段和申报工资水平真实性、完整 性负责。  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 稽核 初审 意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 稽核 复核 意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 稽核 分管 领导 审批 意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | |

附件 8

社会保险稽核整改意见书

\_\_\_社稽意字 ﹝ ﹞ 第 号

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

：

我单位于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_ 日至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_ 日对你(单位、个 人)有关\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_方面实施了稽核。根据《中华人民共和国社会 保险法》和《社会保险稽核办法》等有关规定，将稽核情况及意见通知如下：

1.稽核发现的问题：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.处理依据：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.稽核整改意见：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

请于\_\_\_\_ 日内(即\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_ 日前)纠正违规行为，否则将根据《社 会保险稽核办法》第十一条、第十二条的规定报请社会保险行政部门依法处罚。

(社会保险经办机构盖章)

年 月 日

送达人：

年 月 日

接收人：

年 月 日

( 一式两联：第一联社会保险经办机构留存，第二联交稽核对象)

附件 9

在职人员上年度月平均工资申报表

(

用人单位盖章：

年度)

申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号 | 单位  名称 | 个人  编号 | 姓名 | 证件号码 | 上年度 月平均工资 | 本人签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：上年度月平均工资精确到元。 | | | | | | |

附件 10

单位人员缴费工资调整表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 备注：1.调整后基数为所有参保险种的统一基数；  2.调整年度为 YYYY；  3.以\*开头的项必填；  4.表头格式不得增减,列数不得增减；  5.调整数据中间不得有空行，遇到空行默认结束；  6.无须调整的人员请删除。 | | | | | | |
| \*单位编号： |  | \*单位名称： |  | | | |
| \*人员编号 | \*姓 名 | \*证件号码 | \*调整年度 | 调整前工资 | \*调整后工资 | 备注 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附件 11

江西省用人单位补缴社会保险费核定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 证 件  号 码 | |  | | 个人编号 | |  |
| 汇总单位  编号 |  | 子单位  编号 | |  | 子单位  名称 |  | | |
| 申请补缴  险种 | □ 企业职工基本养老保险 □ 机关事业单位基本养老保险  □ 工伤保险 □ 职业年金 □ 失业保险 | | | | | | | |
| 申请补缴  时间 | 年 月至 年 月 | | | | | 月 数 | | 个月 |
| 补缴基数  (单位：  元/月) | 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- | | 年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数： | | 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- | | 年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数： | |
| 申请补缴 原因 | 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | |
| 审核人员 意见 | 年 月 日 | | | | | | | |
| (科室) 处 室领导意见 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 中心领导 意见 | 年 月 日 | | | | | | | |

附件 12

江西省由政府安排工作退役士兵待安置期 缴纳养老保险费申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 证 件  号 码 |  |
| 安置单位  社保编号 |  | 安置单位 名称 |  |
| 服役起止时间 | 年 月至 年 月 | | |
| 待安置期  起止时间 | 年 月至 年 月 | | |
| 申请缴费险种 | 企业职工基本养老保险 | | |
| 申请缴费时段 | 年 月至 年 月 | | |
| 申请月缴费基数 | 元/月 | | |
| 本人签字确认：  年 月 日 | 安置单位意见  (签章) ：  年 月 日 | | 安置地退役军人事务部门意见  (签章) ：  年 月 日 |

填表说明： 1.待安置期不超过 6 个月；2.申请月缴费基数应为退役士兵在军队服 役最后年度的缴费工资； 3.此表一式三份，安置单位、退役军人事务部门和社保经办 机构各存一份。

附件 13

参保人员多缴养老保险费退还申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本信息 | | | | |
| 单位名称 |  | 单位编号 |  | |
| 姓 名 |  | 个人编号 |  | |
| 证件号码 |  | | 联系电话 |  |
| 退还原因 | □用人单位迟报退休多缴退还 □灵活就业人员迟报退休多缴退还  □其他\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 退还起止  年月 | 年 月 至 年 月 | | 退还月数 |  |
| 支 付 信 息 | | | | |
| 开户银行 |  | | | |
| 户 名 |  | | | |
| 银行账号 |  | | | |
| 备 注 |  | | | |
| 申请人承诺：  本单位(本人)所提交的材料及填报的信息真实无误，如因材料或填报信息虚假导致的问题， 本  单位 (本人) 自愿承担全部责任。  申请单位或申请人签章：  年 月 日 | | | | |

附件 14

缴费台账核销申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 单位编号 |  |
| 申请核销职工姓名 | 证件号码 | 申请核销时段 | |
|  |  | 年 月 至 年 月 | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| 申请核销原因： |  | | |
| 提供的材料 | 1：  2： | | |
| 本单位和本人所提交的材料及填报的信息真实无误，如因材料或填报信息虚假导致的 问题，本单位和本人自愿承担全部责任。 | | | |
| 职工签字 (按手印) ： 年 月 日 | 单位盖章：  年 月 日 | | |

附件 15

单位名称：

个人账户维护申请表

单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人基本信息 | | | | | | | |
| 姓 名 | 证件号码 | | | | 个人编号 | | |
|  |  | | | |  | | |
| 账户维护类别 | | | | | | | |
| □补建  账户 | □删除  账户 | □修改  账户 | | □合并  账户 | □机关账户  □军人账户  □只建基数 | | |
| 补建账户原因： | | | | | | | |
| 起止时间段 | 月补记基数 | | 单位缴费  账户比例 | | 单位划转  账户比例 | 个人缴费账户 比例 | 个人划转 账户比例 |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
| 单位签章  年 月 日 | 参保人员签章  年 月 日 | | 审核人签章  年 月 日 | | (股、科、处) 负责人签章  年 月 日 | 中心领导签章  年 月 日 | 维护员签章  年 月 日 |

备注：如审核的补记基数超过岗平工资 3 倍，按岗平工资 3 倍基数补记。

附件 16

编号：

江西省企业养老保险关系转入申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | □男  □女 | 证 件 号 码 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 原参保地  经办机构  名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 转入地社保经办机构已告知养老保险关系转移后利害关系，本人郑重提出养老保险关系转入申请，如 因材料或填报信息虚假导致的问题，本人自愿承担全部责任。  申请人 (签字按手印) ：  联系方式：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件 17

编号：

基本养老保险关系转移接续联系函

(原参保地社保机构名称) ：

原在你处的参保人员 ，现申请将其基本养老保险关系转至我处，如无不妥请按相关规定办 理转移手续。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原个人编号 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 公民 身份证号码 |  | | 新就业地社保机 构开户全称 |  | |
| 新就业地社保 机构开户银行 |  | | 新就业地社保 机构银行账号 |  | |
| 新就业地社保 机构地址 |  | | 新就业地社保 机构邮政编码 |  | |

经办人 (签章) ： 新就业地社保机构 (章) ：

电话 ： 年 月 日

(本函一式两联，一联发给原参保地社保机构，一联留存)

附件 18

编号：

基本养老保险关系转移接续信息表

账户类型：一般账户[ ] 临时缴费账户[ ]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本信息 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人编码 | |  | | 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生日期 | |  | | |
| 公民 身份证号码 | |  | | 户籍地址 | |  | | | | | | 转出单位 名称 | |  | | |
| 参加工作  时间 | |  | | 首次参保  地实行个  人缴费时  间 | |  | | 本人首次 缴费时间 | |  | | 本人建立  个人账户  时间 | |  | | |
| 在本地缴费 起始时间 | |  | | 在本地缴  费终止时  间 | |  | | 在本地实  际缴费月  数 | |  | | 转移日期 | |  | | |
| 养老保险基金转移信息 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1998 年 1 月 1  日前账户中  个人缴费累  计储存额  1 | | 1998 年 1 月 1  日至调转上  年末个人账  户累计储  存额  2 | | | 调转当年记入个  人账户本金金额  3 | | | 个人账户基金  转移额  4 | | | 统筹基金转移额 5 | | | 转移基金总额 6 | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 历年缴费及个人账户记账信息 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保地区 | | 年份 | 缴费  起止  时间 | | 月数 | 月 缴 费 基 数 | 缴费比例 | | | 当年记账 金额 | | 当年记账 利息 | | 至本年末账户 累计存储额 | | 备 注 |
| 行政 区划 代码 | 名称 | 单 位 | 划入 个人 账户 比例 | 个 人 | 小 计 | 个 人 缴 费 | 小 计 | 个 人 缴 费 | 小 计 | 个人  缴费 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

经办人(签章):

联系电话：

原参保地社保机构(章):

年 月 日

(本表一式两联，一联发给对方社保机构，一联留存)

附件 19

编号：

军人退役养老保险参保缴费凭证

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 军 人 参 保 基 本 信 息 | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | | 个人  编号 | |  | |
| 公民  身份证号码 | |  | | 安置  (户籍地) 地址 | |  | | | |
| 军人服现役起止 时间 | |  | | 在军队实际缴费 月数 | |  | | | |
| 单位缴费金额 | |  | | 个人缴费  金额 | |  | | | |
| 军人退役养老保 险补助总额 | |  | | | | | | | |
| 军队单位信息 | | | | | | | | | |
| 行政区  划代码 | 910000 | | 单位名称  (部队代号) | |  | | | | |
| 电 话 |  | | 地 址 | |  | | 邮政编码 | |  |

军队财务部门 (盖财务专用章) ：

经办人：

本人签字：

年 月 日

(本凭证一式两份，一份军队财务部门留存、一份交给本人)

重要提示：

1.本凭证是退役军人参加基本养老保险的权益记录，是申请办理军人退役养老保险关系转移接 续手续的重要凭证，请妥善保管。

2.当办理军人退役养老保险关系转移接续手续时，请向社会保险经办机构出示本凭证。 3.本凭证如不慎遗失，请向军队原办理机关申请补办。

附件 20

编号：

军人退役养老保险关系转移接续信息表

账户类别：一般账户

单位：元、月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 军人参保基本信息 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 个 人  编 号 |  | | 姓 名 | | | |  | | | 性 别 | |  | 出生 日期 |  | |
| 公民 身份证号码 |  | | 安置地  (户籍地)  地址 | | | |  | | | 出位称 转单名 | |  | | | |
| 在军队服现 役起始时间 |  | | 在军队服  现役终止  时间 | |  | | | 在军队 实际缴 费月数 | |  | | | 保险 关系 转移 日期 |  | |
| 军队单位和个人缴费信息 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 份 | | 缴费起止 时间 | | 月 工 资 | | 缴费月数 | | | 军人退役养老保险补助 | | | | | | 备注 |
| 小计 | | 单位缴费 (12%) | | 个人缴费  (8%) | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |

军队财务部门 (盖财务专用章) ：

经办人：

联系电话：

本人签字：

年 月 日

(本表一式两份，一份军队财务部门留存、一份交给本人)

附件 21

城乡养老保险制度衔接申请表

转入地社会保险经办机构：

根据《城乡养老保险制度衔接暂行办法》有关规定，本人申请将原在 省 (区、市) 市 (区)

县 (市) 建立的养老保险关系 ( [ ] 城镇职工基本养老保险 [ ] 城乡居民基本养老保险) 转移至你

处，特此申请。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本信息 | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 公民  身份证号码 |  | |
| 原个人编号 |  | | | 户籍地地址 |  | |
| 申请转移至 | [ ] 城镇职工基本养老保险 [ ] 城乡居民基本养老保险 | | | | | |
| 转出地社会保险经办机构信息 | | | | | | |
| 行政区划代码 |  | | 社保经办 机构名称 |  | | |
| 地址 |  | | 联系电话 |  | 邮政编码 |  |

申请人 (签字) ：

联系电话：

年 月 日

注：参保人员办理城乡居民基本养老保险转入城镇职工基本养老保险的，如就近向其户籍地负责城乡 居民养老保险的社会保险经办机构申请的，户籍地负责城乡居民基本养老保险的社会保险经办机构可以在 “申请人”字样左侧盖章。

附件 22

城乡养老保险制度衔接联系函

转出地社会保险经办机构：

根据《城乡养老保险制度衔接暂行办法》有关规定，原在你处的参保人员 申请将其养老保险 关系 ( [ ] 城镇职工基本养老保险 [ ] 城乡居民基本养老保险) 转至我处，如无不妥，请按相关规 定办理转移手续。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员信息 | | | | | |
| 个人编号 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 公民  身份证号码 |  | | | 户籍地地址 |  |
| 申请转移至 | [ ] 城镇职工基本养老保险 [ ] 城乡居民基本养老保险 | | | | |
| 转入地社会保险经办机构信息 | | | | | |
| 行政区划代码 |  | | 社会保险经办机构名称 |  | |
| 开户全称 |  | | 开户银行全称 |  | |
| 开户银行行号 |  | | 银行账号 |  | |
| 地 址 |  | | 邮政编码 |  | |

经办人 (签章) ： 转入地社会保险经办机构 (章) ：

电话： 年 月 日

(本函一式两联，一联发给转出地社会保险经办机构，一联留存)

附件 23

城镇职工基本养老保险信息表

单位： 元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本信息 | | | | | | | | |
| 个人编号 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生  日期 |  | |
| 公民 身份证号码 |  | | 户籍地 地址 |  | | | | |
| 缴费起  始时间 |  | 缴费截 止时间 |  | 累计缴 费月数 |  | 个人账 户基金 转移额 |  | |
| 历年缴费明细信息 | | | | | | | | |
| 年份 | 缴费起始时间 | | 缴费截止时间 | | | 月数 | | 备注 |
|  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |

经办人 (盖章) ： 联系电话： 转出地社会保险经办机构 (章) ：

年 月 日

(本表一式两联，一联发给转入地负责城乡居民基本养老保险的社会保险经办机构，一联留存)

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 | | | | |

附件 25

城乡养老保险重复缴费清退表

单位： 元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本信息 | | | | | | | | |
| 个人  编号 |  | | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生  日期 |  |
| 公民  身份证  号码 |  | | | 户籍地 地址 |  | | | |
| 重复缴费和个人账户清退明细 | | | | | | | | |
| 重复  年份 | 当年缴费金额 | | | 重复  月数 | 退还本人金额 | | | 备注 |
| 个人  缴费 | 集体 补助 | 小计 | 个人  缴费 | 集体  补助 | 小计 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

经办人 (盖章) ：

社会保险经办机构 (章) ：

年 月 日

注：1.栏目关系：4=2+3；8=6+7

2.本表办理城镇职工基本养老保险和城乡居民基本养老保险重复缴费清退时使用， 一式两联，一联留存，一联给参保人员本人。

附件 26

江西省企业参保人员基本养老金申领表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 |  | | 姓 名 | | |  | | 证件号码 | |  | | | | | | | | |
| 性 别 |  | | 民 族 | | |  | | 个人身份 | | □干部 (管理、技术岗)  □工人  □灵活就业人员 | | | | | | 军转  干部 | | □是  □否 |
| 最早档案 出生年月 |  | | 参加工作 时间 | | |  | | 退休类别 | | □到龄退休  □特殊工种提前退休  □因病提前退休  □其他 ( ) | | | | | | 是否  超龄 | | □是  □否 |
| 工人技  术职称 | □无 □高级技师 | | | | 专业技 术职称 | | □正高 □副高  □中级 □初级  □无 | | | 首次参 保时间 | |  | | | 个人账户 建立时间 | |  | |
| □技师  □中级 | | □高级  □初级 | |
| 增减视同  缴费年限  时段 | □核增  □核减  □无 | | | | | | 年 月至  年 月至 | | 年 月  年 月 | | | | | 应退休  年月 | | | |  |
| 联系方式 |  | | | | | 联系地址 | |  | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 工作经历(从计算工龄起填)  (★部队、机关事业单位、服刑等时间段务必填写准确) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作起止年月 | | | | 工作单位名称 | | | | 工种、职务名称 | | | 是否特  殊工种 | | 特殊工种性质 | | | | | 月数 |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |  |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |  |
| 年 月至 年 月 | | | |  | | | |  | | |  | |  | | | | |  |
| ★ 支 付 信 息 (均为必填项) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户 名 | |  | | | | 开户行 | |  | | | | | | | | | | |
| 银行账户 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人签字 | 参保单位意见 | 主管部门意见 | 经办机构意见 | 行政部门意见 |
| 本人所提交的材 料及填报的信息真实 无误，如因材料或填报 信息虚假导致的问题， 本人自愿承担全部责 任。  签字 (按手印) ：  年 月 日 | 经我单位审核，所 提供的参保人员档案 材料真实无误。我单位 主动履行将退休待遇 核定结果告知参保人 本人的义务。  经办人 (签字) ：  单位盖章：  年 月 日 | 经办人 (签字) ：  单位盖章：  年 月 日 | 经办人 (签字) ：  年 月 日 | 经办人 (签字) ：  年 月 日 |
| 填表说明 | | | | |
| 1.最早档案出生年月：职工档案、身份证等存在多个出生年月的，以职工档案最先记载的出生年月申报； 2.参加工作时间：指政策规定可以用于计发养老保险待遇的连续工龄的起始时间；3.应退休年月：按参保职 工实际应到龄退休年月填写；4.增减视同缴费年限时段：即参保职工应增加或减少的工龄时间段；5.支付信 息：填写参保职工用于领取养老金待遇的本人有效社保卡银行账户；6.联系方式：必须填写参保职工本人联  系方式；7.“工作经历“栏仅供参考。 | | | | |
| 特殊工种提前退休权益告知 | | | | |
| 按照国务院国发〔1978〕104 号等文件规定，国有及城镇大集体企业职工从事国家及省规定的特殊工种 岗位并满足规定特殊工种年限的，可按规定享受提前五年退休政策。根据《中华人民共和国社会保险法》等 国家和省有关法律、政策规定，基本养老金根据个人累计缴费年限、缴费工资、当地职工平均工资、个人账 户金额、城镇人口平均预期寿命等因素确定。企业职工基本养老保险建立了“多工作、多缴费、多得养老金” 的参保缴费激励约束机制。符合特殊工种提前退休条件的参保职工，办理特殊工种提前退休对其基本养老金 和退休以后调整基本养老金将产生影响。特此告知。  签字人：  年 月 日 | | | | |

附件 27

江西省无视同缴费人员基本养老金申领表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 |  | 姓名 |  | 证件号码 |  |
| 性别 |  | 年龄 |  | 退休类别 | □到龄退休 |
| 出生年月 |  | 应退休  年月 |  | 养老保险首次 参保时间 |  |
| 联系方式 |  | 邮政编码 |  | 联系地址 |  |
| ★ 支 付 信 息 (均为必填项) | | | | | |
| 户名 |  | 开户行 |  | | |
| 银行账户 |  | | | | |
| 承 诺 声 明 | | | | | |
| 本人 (姓名 证件号码 ) 原系 (企业名称) 自主招 工人员，为临时工用工性质。现本人申请按身份证件出生年月、以实际缴费办理退休。承诺如下：  1.原企业未予本人建立职工档案。  2.本人实际缴费期间无服刑、劳教等影响缴费记录的情况。  3.本人无统筹区外重复办理退休手续的情况。  特此承诺：若有不符，本人愿承担一切法律责任。  承诺人：  年 月 日 | | | | | |

附件 28

企业女职工选定退休年龄申请单

同志，系 (企业或档案代理机 构)女职工(代理人员)，现已年满 50 周岁，原身份为 ( 工 人或干部) ，其在职工作岗位为 ，系 (管理 (技 术 ) 岗位或工人岗位) 。现根据《江西省人力资源和社会保障厅 关于完善企业女职工退休年龄有关问题的通知》(赣人社发〔2019〕 4 号 ) 第二款规定，本人申请按 (原工人或原干部身份， 即 50 周岁或 55 周岁) 办理退休手续。退休年龄经本人选定后， 不再变更。

申请人 (签字) ： 部门经办人 (签字) ：

部门负责人 (签字) ：

(单位) 人力资源部门 (盖章) 年 月 日

附件 29

江西省参保人员养老金待遇核定表

单位编号:

待遇享受开始年月：

单位名称：

个人社保编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 证件号码 | 性 别 | 民 族 | 档案出生 年月 | 档案参加 工作时间 | | 岗位类别 | 建账年月 | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |
| 退休类别 | 退休  年月 | 个人账户储存额 | | 累计 视同月数 | 1995 年 10 月前  视同缴费月数 | | | 实际缴 费月数 | 累计缴 费月数 |
|  |  |  | |  |  | | |  |  |
| 特殊工种 经历 |  | | | 视同缴费 时段 |  | | | | |
| 中断缴费 时段 |  | | | | |
| 退休时上  年度全省  在岗职工  月平均工  资 | 22 号文 | 22 号文 | 22 号文 | 22 号文养老金 | | | | 月应发基本养老 金 | |
| 过渡性养  老金计发  系数 | 平均缴 费指数 | 个人账  户计发  月数 | 基础  养老金 | 过渡性 养老金 | 个人账户养老 金 | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |
| 社会保险经办机构 (盖章) ：  年 月 日 | | | | | | | | | |

经办人：

审核人：

复核人：

备注：1.基本养老金=基础养老金+个人账户养老金+过渡性养老金; 2.基础养老金= (退休时上年度全省在岗职工月平均工资+退休时上年度全省在岗职工 月平均工资\*平均缴费指数) /2\*累计缴费月数/12\*1%; 3.个人账户养老金=个人账户储存额/个人账户计发月数(60 周岁为139；55 周岁为170； 50 周岁为 195 ) ； 4.过渡性养老金=退休时上年度全省在岗职工月平均工资\*平均缴费指数\*1995 年 10 月 前视同缴费月数/12\*过渡性养老金计发系数。

附件 30

企业养老保险个人账户一次性领取申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员基本信息 | 个人编号 |  | | | | | | | | | | | | 姓 名 | | |  | | | | |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 |  | | | | 证件号码 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 户 名 |  | | | 开户行 | | |  | | | | | 账 号 | | | |  | | | | |
| 退保原因 | □ 达到国家和省规定的法定退休年龄时累计缴费不足15年；  □ 外国人离境、丧失中国国籍离境；  □ 港澳台居民, 已获得香港 、澳门 、 台湾居民身份的原内地(大陆) 居民离开内地(大陆)；  □ 已在异地领取基本养老金；  □ 其他( )。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 告知事项 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.参加企业养老保险的个人达到国家和省规定的退休年龄时,累计缴费不足十五年的，可 以延长缴费至满十五年,也可以申请转入户籍所在地城乡居民基本养老保险，享受相应的养老 保险待遇。累计缴费年限不足十五年(含延长缴费),且未转入城乡居民基本养老保险的，个人 可以书面申请终止企业养老保险关系。社会保险经办机构收到申请,经本人确认后，终止其企 业养老保险关系,并将个人账户储存额一次性支付给申请人。  2.丧失中华人民共和国国籍的，可以在其离境时或者离境后书面申请终止企业养老保险关 系。社会保险经办机构将个人账户储存额一次性支付给本人。  3.参加社会保险的外国人，符合条件的，依法享受社会保险待遇。在达到规定的领取养老 金年龄前离境的，其社会保险个人账户予以保留，再次来中国就业的，缴费年限累计计算；经 本人书面申请终止社会保险关系的，也可以将其社会保险个人账户储存额一次性支付给本人。  4.港澳台居民在达到规定的领取养老金条件前离开内地(大陆)的，其社会保险个人账户予 以保留，再次来内地(大陆)就业、居住并继续缴费的,缴费年限累计计算；经本人书面申请终 止社会保险关系的，可以将其社会保险个人账户储存额一次性支付给本人。  5.已获得香港、澳门、台湾居民身份的原内地(大陆)居民，离开内地(大陆)时选择保留社 会保险关系的，返回内地(大陆)就业、居住并继续参保时，原缴费年限合并计算；离开内地( 大陆)时已经选择终止社会保险关系的，原缴费年限不再合并计算，可以将其社会保险个人账 户储存额一次性支付给本人。  6.已经按国家规定领取基本养老保险待遇的人员，不再转移基本养老保险关系。经本人书 面申请终止企业养老保险关系的，可以将其个人账户储存额一次性支付给本人。  7.终止企业养老保险关系的后果：原缴费年限不再合并计算，不再享有领取对应企业养老 保险待遇的权利；超过国家和省规定的退休年龄后，不得参加企业养老保险。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承诺内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人/本单位已认真阅读以上《告知事项》及相关规定，对办理条件已充分知晓。在此,本 人/本单位郑重承诺，符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有 效,并授权同意经办机构通过其他部门、机构查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容 ，如有违背,将承担相应法律责任。  承诺人(签字按手印)： 联系电话：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件 31

企业养老保险遗属待遇申领表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死 亡 人 员 信 息 | 个人编号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 姓 名 | | | | |  | | | | | | | |
| 证件号码 | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 人员类别 | | | | | □ 离休 □ 在职 □ 退休 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 死亡日期 | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否因工死亡 | | | | | □是 | | | | | | | | | | | | | | | | □否 | | | | | | | | | | | | | |
| 申办人  信息 | | 姓 名 | |  | | | | | | 与死亡人员关系 | | | | | | | | | | |  | | | | | 移动电话 | | | | | |  | | | |
| 证件号码 | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 发放  信息 | | □发放至死亡人员账户 □发放至申办人账户 □单位代领 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户 名 |  | | 开户行 | | | | | | | |  | | | | | | 账 号 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 告 知 事 项 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.参保人员死亡后 ， 由其遗属按照相关规定申领遗属待遇 。如多个遗属均符合领取条件， 申办人应征得其他遗属的同意， 因待遇分配问题引起的纠纷及相关法律责任由申办人承担。  2.参保人员死亡后 ，如在多个统筹区同时存在企业养老保险关系的 ，其申办人不能重复申 请领取遗属待遇。  3.参保人员死亡后 ，其遗属同时符合领取职工基本养老保险遗属待遇 、城乡居民基本养老 保险丧葬补助金 、工伤保险丧葬补助金和失业保险丧葬补助金条件的 ， 由其遗属向社会保险经 办机构书面确认 ，选择其中一种领取 。填写本表申领遗属待遇的 ，视为放弃城乡居民基本养老 保险丧葬补助金、工伤保险丧葬补助金和失业保险丧葬补助金。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承 诺 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所有遗属已就待遇分配取得一致意见， 由本人申领遗属待遇和个人账户储存额(余额)。  本 人 已认 真阅读以上《告知事项》 及相关规定 ，对办理条件已充分知晓 。在此 ，本人郑重 承诺 ，符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意经 办机构通过其他部门、 机 构 查询与承诺相关的个人信息 ，用于核实承诺内容 ，如有违背 ，将承 担相应法律责任。  ( 签 名 )  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位(街道、  社区)意见 | | | ( 盖 章 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件 32

企业养老保险一次性待遇支付结算单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | 单位编号 | | |  | |
| 个人编号 | |  | | | 姓 名 | | |  | |
| 证件号码 | |  | | | | | | | |
| 人员类别 | |  | | 终止时间 | | |  | 终止原因 |  |
| (领取遗属待遇的显示下列信息) | | | | | | | | | |
| 累计缴费年限 | | 年 个月 | | | | 领取养老金年限 | | 年 个月 | |
| 全省上一年度城镇居民月 人均可支配收入 | | 元 | | | | 抚恤金计发月数 | | 个月 | |
| 待 遇 支 付 情 况 | | | | | | | | | |
| 待 遇 名 称 | | | | | 支 付 金 额 (元) | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 支付金额合计 | | | | |  | | | | |
| 发 放 信 息 | 姓 名 | |  | | 证件号码 | | |  | |
| 与终止人关系 | |  | | 移动电话 | | |  | |
| 开户行 | |  | | 账 号 | | |  | |
| 发放方式： (社发支付/零星支付) | | | | | | | | |
| 社会保险经办 机构意见 | 经办机构 (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | |

附件 33

社会保险稽核受理告知书

社稽受字 ﹝ ﹞ 第 号

：

你于 年 月 日举报的 事项，根据你提供的 相关证明材料，经我单位审核，符合受理条件，决定受理。

特此告知。

社会保险经办机构 ( 电子印章) 年 月 日

(此告知书一式两份，举报人、社会保险经办机构各一份)

附件 34

社会保险稽核不予受理告知书

社稽告字 ﹝ ﹞ 第 号

：

你于 年 月 日举报的 事项，经我单位审 核，因 ，决定不予受理。

特此告知。

社会保险经办机构 ( 电子印章) 年 月 日

(此告知书一式两份，举报人、社会保险经办机构各一份)

附件 35

社会保险稽核通知书

社稽通字 ﹝ ﹞ 第 号

：

根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险稽核办法》

等国家和省有关规定，将于 年 月 日对 方

面实施稽核，请提供以下相关资料，并确保所提供资料真实、准 确、完整、有效，请予配合。

1.

2.

稽核组组长：

稽核组成员：

联系电话：

联系电话：

社会保险经办机构 ( 电子印章)

送达人：

年 月 日

年 月 日

接收人：

年 月 日

( 一式两联：第一联社会保险经办机构留存，第二联交稽核对象)

附件 36

社会保险稽核情况告知书

\_\_社稽告字 ﹝ ﹞ 第 号

：

我单位于 年 月 日至 年 月 日对 你 (单位、个人) 有关 方面实施 了稽核。根据《中华人民共和国社会保险法》和《社会保险稽核 办法》等有关规定，现将稽核情况告知如下：

如对以上内容有异议，请在 5 个工作日内 ( 即 年 月 日前) 向我单位提出书面意见，规定期限内未提出书 面意见视为无异议。

社会保险经办机构 ( 电子印章) 年 月 日

送达人：

年 月 日

接收人：

年 月 日

( 一式两联：第一联社会保险经办机构留存，第二联交稽核对象)

附件 37

社会保险稽核情况抄告单

社稽抄字 ﹝ ﹞ 第 号

：

我处(科、股)于 年 月 日至 年 月 日 对 ( 单 位 、 个 人 ) 有 关 方面实施了稽核。现将稽核结果抄告如下：

请你处 (科、股) 按照有关规定作相应处理，并将处理结果 告知我处 (科、股) 。

年 月 日

(一式两联：第一联稽核部门留存、其余联按办法规定交相关处(科、股) )

附件 38

社会保险提请行政处罚建议书

社稽罚建字 ﹝ ﹞ 第 号

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

：

我单位于 年 月 日至 年 月 日实施稽 核中发现 (单位、个人)存在违

反社会保险法律、法规行为：

经 我单位 于 年 月 日发 出稽核整改 意见 书 ( 文

号： ) ，现已逾期，稽核对象仍未整改。根据

《社会保险法》第八十六条、第八十七条、第八十八条以及《社 会保险稽核办法》第十一条、第十二条相关规定，现将案件线索 转送给你单位，建议对该对象实施行政处罚，并将处罚结果及时 反馈我单位。

社会保险经办机构 ( 电子印章) 年 月 日

送达人：

年 月 日

接收人：

年 月 日

(一式两联：第一联社会保险经办机构留存，第二联交社会保险行政部门)

附件 39

编号：20 年第 号

社会保险重点稽核通知书

：

根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险经办机构内 部控制暂行办法》《社会保险数据稽核规程(试行)》等规定， (经 办机构名称) 决定对你单位 (稽核事项) 进行重点稽核。

请你单位迅速查明原因，立即整改。于 月 日前形成 核查整改情况报告，经单位主要负责人签字，并加盖单位公章后 上报。

联系人： 联系电话：

社会保险经办机构 ( 电子印章) 年 月 日

社会保险重点稽核事项 (可另附页)

事项名称：

问题描述：

稽核意见：

( 一式两联：第一联社会保险经办机构留存，第二联交稽核对象)