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 | | | | | | | | |