补缴社会保险个人申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证号 |  | | | |
| 性 别 | □男  □女 | | 入伍时间 | 年 月 | 服役时长 | | 共 个月 |
| 联系电话 |  | | 退役时间 | 年 月 | 政府安排方式 | | □岗位安置  □自谋职业 |
| 是否达到法定  退休年龄 | □是□否 | | | | | | |
| 现户籍地址 |  | | | | | | |
| 困难人员类型 | □ 最低生活保障对象□ 特困人员□以上均不是 | | | | | | |
| 单位名称 | □ 有安置单位□ 无安置单位□原安置单位已不存在 | | | | | | |
| 原安置单位  （盖章） |  | | | | 原安置单位或上级主管部门审查意见：    (单位盖章)  年 月 日 | |
| 原安置单位  上级主管部门 |  | | | |
| 现所在单位 |  | | | | | |
| 提醒事项 | 1.按照政策规定，对职工基本养老保险出现欠缴、断缴的部分予以补缴，补缴不超过本人军龄；重复缴费部分，不仅不能提高待遇标准，还会增加个人缴费负担。  2.涉及达到法定退休年龄时补缴基本医疗保险的，原安置单位缴费能力和个人困难情况在本人达到法定退休年龄时再予认定，政府补缴年限不超过本人军龄。  3.曾在丽水市以外参加社会保险的，需提供外地缴费证明或个人账户查询单等缴费记录凭证  4.请认真核对个人缴费信息，据实填写并提供相关材料。对于伪造证明材料等非法获取相关待遇的行为，将依法追究相关单位及个人的责任。 | | | | | | |
| 个人签字 | 本人已认真阅读以上提醒事项，并承诺所填报信息属实。  申请人签名并按手印：  年 月 日 | | | | | | |

补缴社会保险个人申请办理表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 | |  | | | | |
| 性别 | 男□女□ | 入伍时间 | | 年 月 | | | 服役时长 | 共个 月 |
| 联系电话 |  | 退役时间 | | 年 月 | | | 政府安排  方式 | □ 岗位安置  □ 自谋职业 |
| 是否达到法定退休年龄 | □是□否 | | | | | | | |
| 现户籍地址 |  | | | | | | | |
| 困难人员类型 | □ 最低生活保障对象□ 特困人员□以上均不是 | | | | | | | |
| 单位名称 | □ 有安置单位□ 无安置单位□原安置单位已不存在 | | | | | | | |
| 原安置单位 |  | | | | | | |
| 原安置单位  上级主管部门 |  | | | | | | |
| 现所在单位 |  | | | | | | |
| 退役军人事务部门审核结果 | 经核查，该同志于 年 月从应征 入伍，于 年 月以政府安排工作方式退出现役，服现役时长共计个 月，符合办理参保补缴条件。  经办人：（盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 职工基本养老保险经办机构核查结果 | 经核查，同志在异地参保时基本养老保险断缴个月，在本地区参保时断缴个月，总计（大写）个月，结合其服役年限，实际应补缴（大写）月。补缴金额合计元，其中个人缴费部分金额为元。  经办人：（安置地基本养老保险经办机构盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 职工基本医疗保险经办机构核查结果 | 经核查，同志在异地参保时基本医疗保险断缴个月，在本地区参保时断缴（大写）个月，总计（大写）个月，结合其服役年限，可补缴月数（大写）个月，达到法定退休年龄时，实际应补缴（大写）个月。补缴金额合计元，其中个人缴费部分金额为元。  经办人：（安置地基本医疗保险经办机构盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 单位缴费能力认定 | □有缴费能力 | | | | | 审核意见：  经办人：（盖章）  年 月 日 | | |
| □无缴费能力理由： | | | | |
| 困难人员认定 | □ 最低生活保障对象 | | 户籍所在地民政部门审核意见：  经办人：（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| □ 特困人员 | |
| 个人签字 | 本人认可以上核查结果，并承诺三个月内完成个人缴费。  申请人签名并按手印： | | | | | | | |
| 达到法定退休年龄办理基本医疗保险相关手续时单位缴费能力和困难人员认定 | 单位缴费能力审核意见：  经办人：（盖章）  年 月 日 | | | | 户籍所在地民政部门对困难人员身份的审核意见：  经办人：（盖章）  年 月 日 | | | |

此表办结后由安置地退役军人事务部门、社会保险经办机构、征缴机构、民政部门留存；基本医疗保险参保不在安置地的，参保地医疗保险经办机构一并留存。