

120.机关事业单位工作人员终止社会保险关系 (在职人员个人账户一次性支付)

一、服务对象：参保职工

二、受理部门：新乡市社保中心机关事业单位养老保险服务科

三、受理地址：新乡市红旗区新二街与人民东路交汇处东北角市民中心二楼 103-106 号窗口

四、联系人：姬成彬

五、联系电话：0373-3078611

六、法定办理时限：5 个工作日

七、承诺办理时限：3 个工作日

八、收费情况：不收费

九、监督投诉电话：0373-3696600

十、设立依据：

1.《河南省人民政府关于印发<河南省机关事业单位职业年金办法>的通知》（豫政办〔2015〕145 号），第九条 符合下列条件之一的可以领取职业年金:（三）工作人员在职期间死亡的,其职业年金个人账户余额可以继承。

2.《人力资源社会保障部关于印发〈机关事业单位工作人员基本养老保险经办规程〉的通知》（人社部发〔2015〕32 号），第十五条 对参保人员死亡、达到法定退休年龄前丧失中华人民共和国国籍等原因终止养老保险关系的，参保单位向社保经办机

构申请办理参保人员养老保险关系终止业务，填报《机关事业单位基本养老保险参保人员业务申报表》。

十一、受理条件：机关事业单位编制内工作人员及军队文职人员因死亡、丧失中国国籍、达到退休年龄时缴费年限不足 15 年且本人自愿终止养老保险关系（放弃一次性缴费至满 15 年）的，需要终止社会保险关系。

十二、申请材料：

参保单位办理终止社会保险关系（在职人员个人账户一次性支付业务）时，应填写《河南省参保人员终止社会保险关系申报表》、《机关事业单位养老保险个人账户一次性支付申报表》，并提供以下材料：

（一）在职人员死亡

《个人账户一次性待遇申领承诺书》（申请人主动提供火化证、遗体捐献证明、医学死亡证明等能确认参保人员死亡时间的任一法定证明材料，无需填写承诺书）。申请人有较严重的不良信用记录或曾做出虚假承诺的，不适用承诺制。申请人社会保障卡或银行卡。

（二）在职人员丧失中国国籍

离开机关事业单位的人事手续；定居国护照或其他可以证明已获得定居国国籍的有效证件材料；参保人社会保障卡或银行卡。

（三）参保人员达到退休年龄，累计缴费年限不足 15 年且

本人自愿终止养老保险关系（放弃一次性缴费至满 15 年）

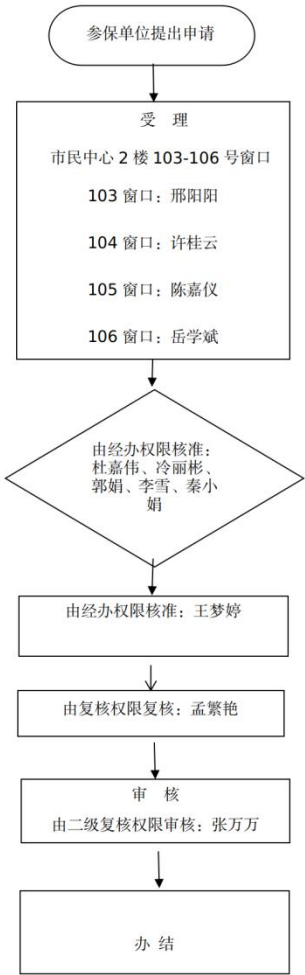
达到退休年龄时按现行干部人事管理权限批准的退休（职）
手续；参保人社会保障卡或银行卡。

十三、办理流程：

携带齐全相关材料，前往市民中心二楼 103-106 窗口办理。

十四、办理流程图：

机关事业单位人员在职死亡（账户一次性支付）



咨询电话：3078611

监督电话：3696600

十五、文书格式：

河南省参保人员终止社会保险关系申报表

单位编号：

打印日期：

单位名称			
姓 名		性 别	
身份证号码			
参保缴费险种	1. 机关事业单位养老保险 () 2. 企业养老保险 () 3. 居民养老保险 () 4. 失业保险 () 5. 工伤保险 ()		
终止原因			
养老保险 有关政策 告 知	一、属于“出国（境）定居”的： 1. 可保留养老保险关系，达到法定领取条件时，可按规定享受相应的养老保险待遇； 2. 办理终止养老保险关系，仅支付个人账户储存额，不再享受养老保险待遇。 二、达到法定退休年龄后累计缴费不足十五年的： 1. 可延长缴费至满十五年后，按规定享受相应的养老保险待遇； 2. 可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； 3. 办理终止养老保险关系，仅支付养老保险个人账户储存额，不再享受养老保险长期待遇。		
单位（个人）意见： 上述政策告知内容已经知晓，现申请终止社会保险关系，以上事项填写真实。 单位名称：（盖章） 签名（个人）： 经办人： 负责人： 日期：			

个人账户一次性待遇申领承诺书

办理业务及证明材料：

个人账户一次性待遇申领：

_____为参保人_____的法定继承人或指定继承人，参保人已于_____年_____月_____日死亡，殡葬方式为_____。

承诺内容：

本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对个人账户一次性待遇申领事项证明义务和办理条件已充分知晓。在此本人郑重承诺，已经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，并授权同意社保经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等列车和席次、获得贷款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。并按《社会保险法》第八十八条之规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金二倍以上五倍以下的罚款。

承诺人：

身份证号：

与申请人关系：本人/法定继承人（勾选）

承诺日期：_____年_____月_____日

机关事业单位养老保险个人账户一次性支付申报表

单位名称：

社会保险登记编号：

姓 名		公民身份号码 (有效身份证件)		民族		性别	
支付原因	1.在职人员死亡 () 2.在职人员丧失中国国籍 () 3.达到退休年龄时缴费年限不足 15 年并且本人自愿终止基本养老保险关系 (放弃 一次性缴费至满 15 年) () 4.机关事业单位工作视同缴费年限期间参加企业职工养老保险、清理同期企业职工 养老保险关系 (清理起止时间： 年 月至 年 月) ()						
申请人姓名		申请人公民 身份号码		申请人与 参保人员关系			
申请人居住 地址				申请人 联系方式			
申请人 银行账号			开户银行		申请人签名		
参保单位意见： 同意报送，以上事项填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。 单位经办人： 单位负责人： 单位名称： (盖章) 表日期： 年 月 日							

备注：

在职人员死亡的，申请人须为经参保单位确认的参保人员指定受益人或法定继承人；其他业务，申请人须为参保人员本人，“申请人姓名”、“申请人公民身份号码”、“申请人与参保人员关系”、“申请人居住地址”栏不再填写。