125.丧葬补助金、抚恤金申领

一、服务对象：企业离退休人员

二、受理部门：新乡市社保中心综合业务服务科

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：薛国利

五、联系电话：0373-3078262

六、法定办理时限：15 个工作日

七、承诺办理时限：1 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：

《社会保险法》第十四条 个人账户不得提前支取，记账利率不得低于银行定期存款利率，免征利息税。个人死亡的，个人账户余额可以继承。第十七条 参加基本养老保险的个人，因病或者非因工死亡的，其遗属可以领取丧葬补助金和抚恤金；在未达到法定退休年龄时因病或者非因工致残完全丧失劳动能力的，可以领取病残津贴。所需资金从基本养老保险基金中支付。

《实施〈社会保险法〉若干规定》（人力资源和社会保障部令第 13 号）：第六条，参加职工基本养老保险的个人死亡后，其个人账户中的余额可以全部依法继承。

十一、受理条件：

因病非因工死亡的；法院宣告死亡的；服刑期间死亡或因犯罪行为导致死亡以及判处死刑被执行的等。

十二、申请材料：

（一）《企业离退休人员死亡遗属待遇申报表》；

（二）《企业离退休人员死亡时间承诺书》，申请人主动提供医学死亡证明、火化证明、遗体捐献证明等能确认离退休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。

（三）法院宣告死亡的、服刑期间死亡或犯罪行为导致死亡以及判处死刑被执行的，提供相应的法律文书。

（四）其中户口在火葬区的，提供当地殡葬部门出具的火化证明。民事发〔1999〕17号文件规定，在殡葬管理中要尊重少数民族保持或者改革自己丧葬习俗的自由；在火葬区，对回、维吾尔、哈萨克、柯尔克孜、乌孜别克、塔吉克、塔塔尔、撒拉、东乡和保安等10个少数民族的土葬习俗应予尊重。离退休人员为前述少数民族人员的，可提供户口簿或身份证等可以证明民族类别的材料。

（五）其中户口不在火葬区的，提供户口所在地县（含县）以上民政局出具的非火葬区证明。

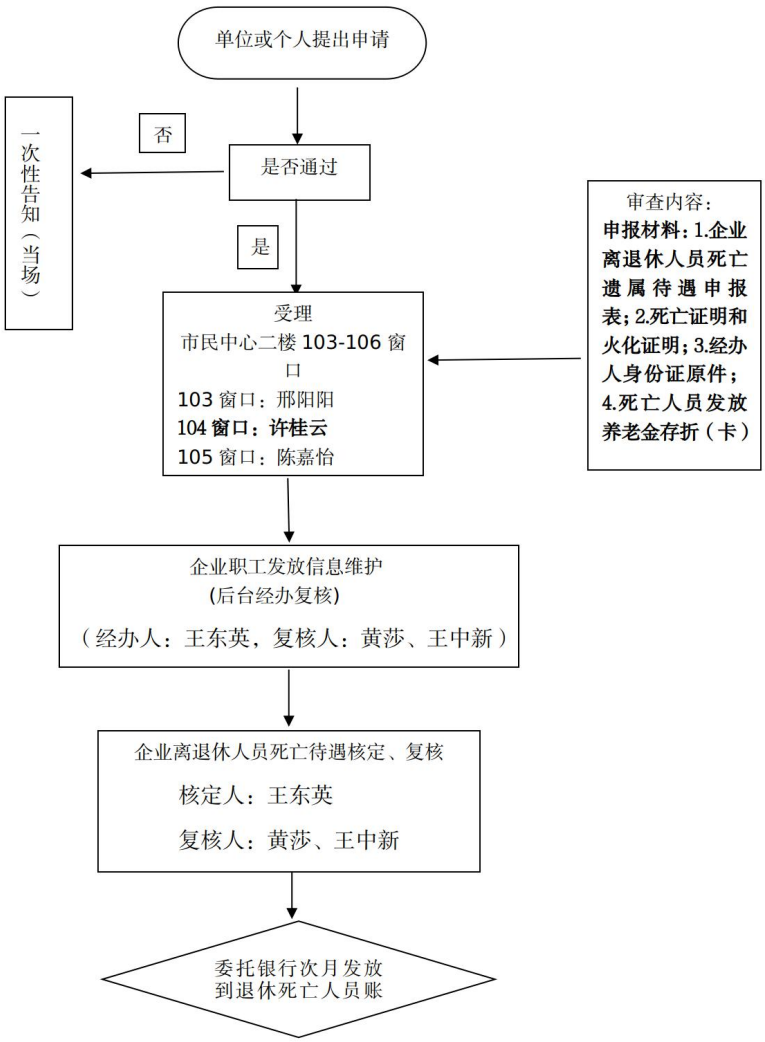
（六）申请人身份证；

（七）申请人社会保障卡或银行卡。

十三、办理流程：

携带齐全需要提交的材料，到窗口（103-106）办理。

十四、办理流程图



咨询电话：0373-3033244　　监督电话：0373-3696600

十五、文书格式

企业离退休人员死亡遗属待遇申报表

单位名称：　　社会保险登记编号：

离退休人员姓名		公民身份号码（有效身份证件）	
性　别		死亡时间	年　　月
离退休类别	（离休（不含建国前参加工作的老工人） （退休、退职		
死亡原因	□因病或非因工　　□其他		
安葬方式	**1、火葬区：（火葬　　（少数民族土葬　　□非少数民族土葬** **2、土葬区：（** **3、其他：　（**		
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。** 经办人：　　负责人：　　单位名称（盖章）： 填报日期：　年　月　日			

备注：少数民族土葬：民事发〔1999〕17号文件规定，在殡葬管理中要尊重少数民族保持或者改革自己丧葬习俗的自由；在火葬区，对回、维吾尔、哈萨克、柯尔克孜、乌孜别克、塔吉克、塔塔尔、撒拉、东乡和保安等10个少数民族的土葬习俗应予尊重。

企业离退休人员死亡时间承诺书

<table>
<tr><td colspan="2">_____（承诺人姓名）_____（身份证号码），为参保离退休人员_____（填写姓名）_____（身份证号码）的法定继承人或指定继承人，本人承诺：参保离退休人员已于_____年____月____日死亡。</td></tr>
<tr><td colspan="2">承诺内容：
此项承诺仅适用于在家去世的离退休人员，承诺人对上述所填信息内容的真实性负责，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、乘坐高等级列车和席次、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。并按照《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，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。构成犯罪的，依法追究刑事责任。</td></tr>
<tr><td>承诺人签字：</td><td>承诺日期：</td></tr>
<tr><td colspan="2">参保单位意见：

经办人：　　单位名称（盖章）：
日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>