

补缴社会保险个人申请表

姓 名		身份证号			
性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 岗位安置 <input type="checkbox"/> 自谋职业
是否达到法定退休年龄	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
现户籍地址					
困难人员类型	<input type="checkbox"/> 最低生活保障对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 以上均不是				
单位名称	<input type="checkbox"/> 有安置单位 <input type="checkbox"/> 无安置单位 <input type="checkbox"/> 原安置单位已不存在				
	原安置单位		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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>退役士兵需提供人社部门、医保部门出具的养老保险缴费记录、医疗保险缴费记录。</p> <p>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。</p>				
个人签字	<p style="text-align: center;">本人已认真阅读以上提醒事项，并承诺所填报信息属实。</p> <p style="text-align: center;">申请人签名并按手印：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

注：请确保联系电话填写准确无误并保持畅通；原安置单位、原安置单位上级主管部门、现所在单位请填写规范全称。

基本养老保险参保缴费自查表

姓 名		身份证号		
是否多地 参保缴费	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是（以下选项可多选）		
		<input type="checkbox"/> 本市多地	<input type="checkbox"/> 本省多地	<input type="checkbox"/> 外省多地
所在参保单位	参保时间段	所属社保 经办机构	缴费状态	备注
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
	年 月至 年 月		已缴/欠缴	
中断时间段 (结合个人缴 费记录,本人 中断缴费时间 从最近年度往 前计算依次为)	年 月至 年 月, 中断缴费约		个月;	
	年 月至 年 月, 中断缴费约		个月;	
	年 月至 年 月, 中断缴费约		个月;	
	年 月至 年 月, 中断缴费约		个月;	
	年 月至 年 月, 中断缴费约		个月;	
	年 月至 年 月, 中断缴费约		个月;	
	年 月至 年 月, 中断缴费约		个月;	
	年 月至 年 月, 中断缴费约		个月。	
填表说明	<p>因异地参保缴费情况较为复杂,部分地区数据没有完全联通,需要人工查询比对,请退役士兵协助提供个人参保缴费情况,便于加快办理进度,准确核查基本养老保险欠缴、断缴时段,避免造成重复缴费,既没有享受补缴政策优惠,又增加了个人的缴费负担。</p> <p>表中“所在参保单位”栏,以灵活就业人员参保的填“灵活就业”;“所属经办机构”分别填写办理参保缴费的各级社保经办机构(如湖南省社保、长沙市社保);“缴费状态”中欠缴只针对参保单位向社保经办机构已办理申报核定,但未完成缴费的情况。</p> <p>参保、断缴时间段不够填写可另附页。</p>			

基本医疗保险参保缴费自查表

姓 名		身份证号		
是否多地 参保缴费	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是（以下选项可多选）		
		<input type="checkbox"/> 本市多地	<input type="checkbox"/> 本省多地	<input type="checkbox"/> 外省多地
参保单位 或参保地	参保时间段	所属社保 经办机构	参保性质	备注
	年 月至 年 月		职工/居民	
	年 月至 年 月		职工/居民	
	年 月至 年 月		职工/居民	
	年 月至 年 月		职工/居民	
	年 月至 年 月		职工/居民	
	年 月至 年 月		职工/居民	
	年 月至 年 月		职工/居民	
	年 月至 年 月		职工/居民	
	年 月至 年 月		职工/居民	
中断时间段 (结合个人缴 费记录,本人 中断缴费时间 从最近年度往 前计算依次为)	年 月至 年 月, 中断缴费约 个月;			
	年 月至 年 月, 中断缴费约 个月;			
	年 月至 年 月, 中断缴费约 个月;			
	年 月至 年 月, 中断缴费约 个月;			
	年 月至 年 月, 中断缴费约 个月;			
	年 月至 年 月, 中断缴费约 个月;			
	年 月至 年 月, 中断缴费约 个月。			
填表说明	<p>因异地参保缴费情况较为复杂,部分地区数据没有完全联通,需要人工查询比对,请退役士兵协助提供个人参保缴费情况,便于加快办理进度,准确核查基本医疗保险中断缴费时段,为今后达到法定退休年龄后,按规定进行补缴提供依据。</p> <p>表中“参保单位或参保地”栏,有参保单位的填写参保单位,无参保单位的填写参保地乡镇(街道)等;“所属经办机构”分别填写办理参保缴费的各级医保部门(如湖南省医保、长沙市医保);“参保性质”注明参加城镇职工医保还是城乡居民医保,分别在“职工”和“居民”选项画勾。</p> <p>参保、断缴时间段不够填写可另附页。</p>			

湘西自治州部分退役士兵社会保险接续申请材料目录

姓名：

原安置单位：

联系电话：

序号	申请材料	页数
1	入伍批准书或应征公民入伍政审表等入伍证明材料主件（加盖档案保管单位印章的复印件）	
2	退出现役登记表（加盖档案保管单位印章的复印件）	
3	身份证（查验原件并交复印件）	
4-1	《补缴社会保险个人申请表》	
4-2	《基本养老保险参保缴费自查表》	
4-3	《基本医疗保险参保缴费自查表》	
5	基本养老保险或基本医疗保险在多个地区参保的，须提供多地缴费证明或个人账户查询单等缴费记录凭证（在安置地同一地区参保缴费的不需提供）	
6	委托他人办理的还须本人写出委托书并签字按手印，同时提供被委托人的身份证复印件	

材料受理人签字：

日期：

说明：1、2，档案由退役军人事务部门负责管理的不需要提供；退役士兵档案遗失的须本人写出入伍地、入伍时间、退役时间、安置地以及服役期间的工作经历（含服役部队、起止时间、单位主官、证明人等）