

# 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				
职工基本养老保险缴费情况	缴费时间	缴费地点	缴费单位		
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
职工基本医疗保险缴费情况	缴费时间	缴费地点	缴费单位		
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
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>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>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>申请人签名并按手印： 年 月 日</p>				

# 补缴社会保险个人申请办理表

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				
	原安置单位上级主管部门				
	现所在单位				
职工基本养老保险缴费情况	缴费时间	缴费地点	缴费单位		
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
职工基本医疗保险缴费情况	缴费时间	缴费地点	缴费单位		
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				
	年 月至 年 月				



退役军人事务部门审核结果	经核查，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)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	<input type="checkbox"/> 有缴费能力	审核意见：  经办人： (盖章) 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 无缴费能力 理由：	
困难人员认定	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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
备注		