## 附件3

## 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 |  | | 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 | 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。  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。  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。  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 | | | | | |

**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。**

## 附件4

## 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 | □ 否 | □ 是（以下选项可多选） | | | | | | |
| □ 本市多地 | | □ 本省多地 | | | □ 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 | |  |
|  | 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 | 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。  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。  参保、断缴时间段不够填写可另附页。 | | | | | | | |

## 附件5

## 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 | □ 否 | □ 是（以下选项可多选） | | | | | | |
| □ 本市多地 | | □ 本省多地 | | | □ 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 | |  |
|  | 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； | | | | | | | |
| 年 月至 年 月，中断缴费约 个月。 | | | | | | | |
| 填表说明 | 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。  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。  参保、断缴时间段不够填写可另附页。 | | | | | | | |

## 附件6

## 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， 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 （大写）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，职工基本医疗保险断缴 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，可补缴月数 （大写）月。达到法定退休年龄时，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 | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

**注：补缴事项办结后，此表原件存于安置地退役军人事务部门，同时社会保险经办**

**机构、征收机构、民政部门复印留存；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复印留存。**