编号：

**基本养老保险关系转移接续申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 公民身份证号码 |  | |
| 原个人编码 |  | 户籍所在地 |  | | | |
| 原参保所在地名称 |  | | | 原参保地社保机构行政区划代码 |  | |
| 原参保地社保机构名称 |  | | | 原参保地社保机构联系电话 |  | |
| 原参保地社保机构地址 |  | | | | 原参保地社保机构邮政编码 |  |

参保单位（章）： 申请人（签字）：

联系电话： 联系电话：

年 月 日 年 月 日

（落款中的参保单位和申请人，二选一即可，表格如有涂改，需重新提供或在修改处签字盖章。）