山西省参加企业职工基本养老保险在职死亡人员

信息确认表

单位名称： 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | | 出生年月 | | | 年 月 |
| 养老保险号 | |  | | | 居民身份证号 | | |  | | | |
| 参加工作  (缴费)时间 | | 年 月 | | 死亡时间 |  | | | 死亡原因 | | 因病或非因工 □ | |
| 其他 □ | |
| 合同制职工实际  缴费起始年月 | | 年 月 | | 个人账户起始时间 | | | | 年 月 | | | |
| 本人主要工作经历 | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 所在单位 | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| 视同缴费年限 | | 年 月 | | 其中增加视同缴费月数 | | | | | 月 | | |
| 其中核减视同缴费月数 | | | | | 月 | | |
| 累计缴费年限（包括实际缴费年限和视同缴费年限） | | | | | | | | | 年 月 | | |
| 单位承诺 | **该职工拟办理基本养老保险遗属待遇信息确认手续，所申报材料真实有效，未隐瞒被判刑、开除公职、除名等情况，不存在欺诈、伪造档案和证明材料等弄虚作假行为，如有违反规定骗取养老保险待遇的，按照《中华人民共和国社会保险法》和人社部、公安部《关于加强社会保险欺诈案件查处和移送工作的通知》（人社部发〔2015〕14号）等规定处理。**  **特此承诺**    盖 章  年 月 日 | | | | | 经办机构意见 | **经确认，该参保职工累计缴费年限**  **为 年 月。**  盖 章  年 月 日 | | | | |

办理基本养老保险遗属待遇手续须知

一、领取范围

从2021年9月1日起，参加企业职工基本养老保险的在职人员因病或非因工死亡的，遗属按照《企业职工基本养老保险遗属待遇暂行办法》（人社部发〔2021〕18号）标准领取丧葬补助金和抚恤金（合称遗属待遇）。

二、办理领取遗属待遇手续流程

1、核对信息：凡参保人员信息记录不完整、不准确，参保单位要提前做好信息补录或修正工作。

2、灵活就业人员申报信息由基本养老保险参保所在经办机构进行确认。

填 表 说 明

1、合同制职工实际缴费起始时间系指本人实际缴费开始时间；

2、个人账户起始时间系指本人开始参加养老保险建立个人账户的时间；

3、视同缴费年限系指职工建立个人账户前按国家和省规定计算的连续工龄或合同制职工指数视同为“1”的缴费年限；

4、核减视同缴费月数系指病假劳保期问超过6个月、劳动教养处分但未开除公职其劳动教养期间、插队知识青年返城后“等待分配工作”的时间等其他按国家和省规定需核减的年限；

5、增加视同缴费月数系指山西省建立个人账户后有机关事业单位工作经历和原行业统筹企业工作经历等按国家和省规定可定为视同缴费的年限；

6、表内“视同缴费年月”应包含“其中增加视同月数”或“其中核减视同月数”。