山西省企业职工基本养老保险遗属待遇申领表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员  信息 | 姓名 |  | 身份证号 |  | 个人编号 |  |
| 原参保单位 |  | | | | |
| 死亡时间 |  | | | | |
| 申办人信息 | 姓名 |  | 身份证号 |  | | |
| 联系电话 |  | 住址 |  | | |
| 单位或街道  (社区)  审核  意见 | 经审核确认，我单位管理的参保人员 于 年 月 日去世，申办人系其合法继承人，并且不存在申领遗属待遇方面的纠纷。  审核人签字： 单位公章：  年 月 日 | | | | | |
| 结算  信息（可选一项） | 1、□结算到单位：户名  开户银行 账号  2、□结算到街道（社区）：户名  开户银行 账号   1. □结算到原参保人员社保卡银行账户（确保账户正常使用）   4、□结算到继承人社保卡（须提供合法继承资格且无纠纷的司法公证文书）：  户名 账号  开户银行 行号 | | | | | |
| 告知  承诺书 | 企业养老保险遗属待遇是参保人员的合法权益，任何人不得侵占。任何单位和个人不得以任何方式骗取、贪占养老保险基金。本人承诺：本表所申报事项真实、合法、有效，并自愿承担由此引发的一切法律后果。  承诺人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | |