**被征地农民参加职工基本养老（医疗）保险申报审批表**

**（2017年7月至2018年6月)**

区 乡镇 （街道） 村（社区）村联系人 村联系电话

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **性别** | | |  | | **民族** |  | **出生日期** | |  |
| **居民身份证号** | |  | | | | | | **手机（必填）** |  | | | |
| **联系电话** |  | | | |
| **征地时间** | |  | | | | | | **居住地址** |  | | | |
| **未到龄人员参保类型** | | □个人参保  **缴费标准选择** | | □609元/月 □761元/月 □913元/月 □1521元/月□2282元/月 | | | | | | | | |
| □企业参保 | | **未到龄人员企业参保时间** | | | **年 月** | | **第3-4类人员选择** | | □保底+延缴  □不保底+补缴 | |
| **是否申请参加职工基本医疗保险：**□是 □否 | | | | | | | **是否退伍军人或下乡知青：** □是 □否 | | | | | |
| **是否已有社会保障卡：**□是　 □否 | | | | | | | **是否有异地转入年限：** □是 □否 | | | | | |
| **本人声明：**本人已知悉湖州市区被征地农民基本生活保障（补助）制度与职工基本养老保险制度衔接办法的相关政策，同意将原被征地农民基本生活保障（补助）制度个人帐户并入职工养老保险（折算或者抵缴），不足年限一次性补缴标准根据湖人社发[2017]56号文件规定按省平工资761元/月缴纳。  原土保、居保、老农保关系终止。若涉及重复领取待遇的，同意从本人城乡居民基本养老保险个账余额中抵扣，个账余额不足抵扣或无个账的，同意从本人职工养老待遇中扣回。  **保证本表所申报内容属实。** 申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 身份确认 | 行政村上报 | | | | 该人员（符合□，不符合□）条件，（同意□，不同意□）申报。  村经办人: 村盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 参保经办 | 乡镇（街道）人力社保服务中心初审意见 | | | | 经审核：  1.该人员符合被征地转职工养老保险参保资格, 该人员类别属于 类人员。  2.该参保人员已经缴纳城镇居民医疗保险年限为 年（大写）。  审核人： 盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 区社保经办机构  审核意见 | | | | 经审核：   1. 该人员一次性提取的社会保障风险准备金及个人缴费优惠部分已缴清。   2.该参保人员已经缴纳城镇居民医疗保险年限为 年（大写）。  审核人： 盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 市社保经办机构  复核意见 | | | | 审核人： 盖章： 年 月 日 | | | | | | | |

说明：1.本表适用被征地转职工养老（医疗）保险一次性补缴，折算申报。

2.未到法定退休年龄还需正常挂靠参保缴费的人员也可在市平工资的80%－300%之间确定缴费标准；需企业参保的注明企业参保及企业参保时间。

3.本表一式三份，经批准后，本人、区社保经办机构、市社保经办机构等相关部门各留存一份。

4.区社保经办机构汇总后连同其他申报资料（身份证，户口本，土保手册，知青或者下乡证明）一并报送到市社保局统一办理。