城乡居民基本养老保险关系转入申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 公民身份号码 |  | 联系电话 |  |
| 居住地址 |  |
| 原户籍地地址 |  |
| 现户籍地地址 |  |

参保人（签名）: 年 月 日 代办人（签名）： 年 月 日

经办人（签名）: 年 月 日

审核人（签名）： 年 月 日（签章）

填表说明：互联网服务渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。