|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 表16  机关事业单位基本养老保险参保退休人员养老金领取银行变更申请表  单位名称（盖章） ：单位管理码： | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 公民身份号码 | |  | |
| **变 更 前 信 息** | | | | **变 更 后 信 息** | | |
| 原 户 名 |  | | | 现 户 名 | |  |
| 原银行名称 |  | | | 现银行名称 | |  |
| 原银行帐号 |  | | | 现银行帐号 | |  |
| 变 更 时 间 | | | | 年 月 | | |
| 附：  变更后的本人养老金领取存折或银行卡复印件及身份复印件。  申请人： 联系电话：  年 月 日 | | | | | | |

**以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。本表1式2份，参保单位和社保机构各1份。**