14

机关事业单位基本养老保险参保退休人员个别待遇变更申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码 | 性别 | 变更待遇项目 | 变更前金额 | 变更后金额 | 增减额 | 变更起始年月 | 其中一次性扣款 | 变更原因 | 参保人签名 | 备 注 |
| 总额 | 分次执行金额 | 分次执行时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 呈报单位意见（盖章） |  年 月 日 | 社保经办机构审核意见 |
| 初审意见（签名） |  | 复审意见（签名） |  |

**单位名称（盖章）： 单位管理码：**

**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。**

经办人： 联系电话： 申报日期： 年 月 日 本页第 页，共 页。