

编号：

## 基本养老保险关系转移接续申请表

|                   |  |       |  |                    |  |
|-------------------|--|-------|--|--------------------|--|
| 姓名                |  | 性别    |  | 公民身份号码             |  |
| 原个人编号             |  | 户籍所在地 |  |                    |  |
| 原参保<br>所在地<br>区名称 |  |       |  | 原参保地社保机<br>构行政区划代码 |  |
| 原参保地社<br>保机构名称    |  |       |  | 原参保地社保机<br>构联系电话   |  |
| 原参保地社<br>保机构地址    |  |       |  | 原参保地社保机构<br>邮政编码   |  |

参保单位（章）：

申请人（签字）：

联系电话：

联系电话：

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

编号：

## 基本养老保险关系转移接续申请表

|            |             |       |                       |                |                    |  |
|------------|-------------|-------|-----------------------|----------------|--------------------|--|
| 姓名         | 张思明         | 性别    | 女                     | 公民身份号码         | 211203198507134021 |  |
| 原个人编号      | 07683969    | 户籍所在地 | 沈阳市于洪区白山路128-18号3-2-3 |                |                    |  |
| 原参保所在地区名称  | 大连市医疗保险管理中心 |       |                       | 原参保地社保机构行政区划代码 | 210200             |  |
| 原参保地社保机构名称 | 大连市医疗保险管理中心 |       |                       | 原参保地社保机构联系电话   | 0411-83709172      |  |
| 原参保地社保机构地址 |             |       |                       | 原参保地社保机构邮政编码   |                    |  |

参保单位（章）：

申请人（签字）：

联系电话：024-22527667

联系电话：18602438586

2012年5月29日