

事项 10

机关事业单位养老保险退休人员跨单位变动申报表

单位名称		社会保险 登记编号	
公民身份号码			
姓名	变动前单位名称	变动前单位名称	备注
需说明的情况:			
变动前单位 经办人： 单位负责人： (公章)	变动后单位 经办人： 单位负责人： (公章)	社保经办机构 经办人： (章)	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	

本表一式两份，参保单位和社保经办机构各存一份