

附件 3

编号：

基本养老保险关系转移接续联系函

(原参保地社保机构名称)：

原在你处的参保人员_____，现申请将其基本养老保险关系转至我处，如无不妥请按相关规定办理转移手续。

原个人编号		姓名		性别	
公民身份号码			新就业地社保机构开户全称		
新就业地社保机构开户银行			新就业地社保机构银行账号		
新参保险种类型	机关事业单位养老保险 () 企业职工养老保险 ()				
新就业地社保机构地址			新就业地社保机构邮政编码		

经办人（签章）：

新就业地社保机构（章）：

电 话：

年 月 日

（本函一式两联，一联发给原参保地社保机构，一联留存）