|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业养老保险病残津贴申请表 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | | |
| 户籍地址 | 省 市 县（区） | | | | |
| 现居住地 | 省 市 县（区） （详细地址） | | | | |
| 联系电话 |  | | | 性别 |  |
| 社保卡开户行 |  | 社保卡账号 |  | | |
| 是否持有有效期内劳动能力鉴定结论 | | | □是 □否 | | |
| 家属姓名 |  | 家属关系 |  | | |
| 家属联系方式 |  | | | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 申请时间 |  | | | | |
| 本人签字： 单位（章）： | | | | | |
|
|
| 告知事项：  1.病残津贴以社会保障卡为代发银行账户，请提前激活社保卡金融功能。 2.符合条件的参保人员在申请次月享受病残津贴，未及时申报的，病残津贴不予补发。 3.根据相关政策规定，参保人员如被判刑、开除、除名、自动离职的，之前的视同缴费年限将予以清零。申请人应如实申报。 4.在全省上年度在岗平均工资（待遇计发基数）及山东省个人账户记账利率等参数公布之前均办理临时待遇，全省上年度在岗平均工资公布后需要补缴差额的，请及时补缴保险费差额，补缴后及个人账户记账利率公布后才能重新计发正式病残津贴待遇。 5.申请人须提供真实的档案资料、证件，若因申请人提报虚假材料或瞒报造成社保待遇冒领及多领情况发生，除责令全额退回外，将追究其本人及相关责任人法律责任。 | | | | | |
|
|