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												
原参保地区名称				原参保地社保机构行政区划代码										
原参保地社保机构名称				原参保地社保机构联系电话										
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：

联系电话：

年 月 日

年 月 日

（落款中的参保单位和申请人，二选一即可）