

城乡养老保险制度衔接经办规程（试行）

第一条 为统一和规范城乡养老保险制度衔接业务经办程序，根据《城乡养老保险制度衔接暂行办法》，制定本规程。

第二条 本规程适用于参加城镇职工基本养老保险（以下简称城镇职工养老保险）、城乡居民基本养老保险（以下简称城乡居民养老保险）两种制度的人员办理跨制度衔接养老保险关系。

第三条 县级以上社会保险经办机构（以下简称社保机构）负责城乡养老保险制度衔接业务经办。

第四条 参保人员达到城镇职工养老保险法定退休年龄，如有分别参加城镇职工养老保险、城乡居民养老保险情形，在申请领取养老保险待遇前，向待遇领取地社保机构申请办理城乡养老保险制度衔接手续。

（一）城镇职工养老保险缴费年限满 15 年（含延长缴费至 15 年）的，应向城镇职工养老保险待遇领取地社保机构申请办理从城乡居民养老保险转入城镇职工养老保险。

（二）城镇职工养老保险缴费年限不足 15 年或按规定延长缴费仍不足 15 年的，应向城乡居民养老保险待遇领取地

社保机构申请办理从城镇职工养老保险转入城乡居民养老保险。

第五条 办理参保人员城镇职工养老保险和城乡居民养老保险制度衔接手续的,社保机构应首先按照《国务院办公厅关于转发人力资源社会保障部财政部城镇企业职工基本养老保险关系跨省转移接续暂行办法的通知》(国办发[2009]66号)等有关规定,确定城镇职工养老保险待遇领取地,由城镇职工养老保险待遇领取地(即城镇职工养老保险关系归集地)负责归集参保人员城镇职工养老保险关系,告知参保人员办理相关手续,并为其开具包含各参保地缴费年限的《城镇职工基本养老保险参保缴费凭证》(附件1,简称《参保缴费凭证》)。

第六条 参保人员办理城乡居民养老保险转入城镇职工养老保险,按以下程序办理相关手续:

(一) 参保人员向城镇职工养老保险待遇领取地社保机构提出转入申请,填写《城乡养老保险制度衔接申请表》(附件2,以下简称《申请表》),出示社会保障卡或居民身份证并提交复印件。

参保人员户籍地与城镇职工养老保险待遇领取地为不同统筹地区的,可就近向户籍地负责城乡居民养老保险的社保机构提出申请,填写《申请表》,出示社会保障卡或居民身份证,并提交复印件。户籍地负责城乡居民养老保险的社

保机构应及时将相关材料传送给其城镇职工养老保险待遇领取地社保机构。

（二）城镇职工养老保险待遇领取地社保机构受理并审核《申请表》及相关资料，对符合制度衔接办法规定条件的，应在 15 个工作日内，向参保人员城乡居民养老保险关系所在地社保机构发出《城乡养老保险制度衔接联系函》（附件 3，以下简称《联系函》）。不符合制度衔接办法规定条件的，应向参保人员作出说明。

（三）城乡居民养老保险关系所在地社保机构在收到《联系函》之日起的 15 个工作日内办结以下手续：

1. 核对参保人员有关信息并生成《城乡居民基本养老保险信息表》（附件 4），传送给城镇职工养老保险待遇领取地社保机构；

2. 办理基金划转手续；

3. 终止参保人员在本地的城乡居民养老保险关系。

（四）城镇职工养老保险待遇领取地社保机构在收到《城乡居民基本养老保险信息表》和转移基金后的 15 个工作日内办结以下手续：

1. 核对《城乡居民基本养老保险信息表》及转移基金额；

2. 录入参保人员城乡居民养老保险相关信息；

3. 确定重复缴费时段及金额，按规定将城乡居民养老保险重复缴费时段相应个人缴费和集体补助（含社会资助，下

同) 予以清退;

4. 合并记录参保人员个人账户;

5. 将办结情况告知参保人员。

第七条 参保人员办理城镇职工养老保险转入城乡居民养老保险, 按以下程序办理相关手续:

(一) 参保人员向城乡居民养老保险待遇领取地社保机构提出申请, 填写《申请表》, 出示社会保障卡或居民身份证并提交复印件, 提供城镇职工养老保险关系归集地开具的《参保缴费凭证》。

(二) 城乡居民养老保险待遇领取地社保机构受理并审核《申请表》及相关资料, 对符合制度衔接办法规定条件的, 应在 15 个工作日内, 向城镇职工养老保险关系归集地社保机构发出《联系函》。对不符合制度衔接办法规定条件的, 应向参保人员作出说明。

(三) 城镇职工养老保险关系归集地社保机构收到《联系函》之日起的 15 个工作日内, 办结以下手续:

1. 生成《城镇职工基本养老保险信息表》(附件 5), 传递给城乡居民养老保险待遇领取地社保机构;

2. 办理基金划转手续;

3. 终止参保人员在本地的城镇职工养老保险关系。

(四) 城乡居民养老保险关系所在地社保机构在收到《城镇职工基本养老保险信息表》和转移基金后的 15 个工作日

内办结以下手续：

1. 核对《城镇职工基本养老保险信息表》及转移基金额；
2. 录入参保人员城镇职工养老保险相关信息；
3. 确定重复缴费时段及金额，按规定予以清退；
4. 合并记录参保人员个人账户；
5. 将办结情况告知参保人员。

第八条 参保人员存在同一年度内同时参加城镇职工养老保险和城乡居民养老保险情况的，由转入地社保机构清退城乡居民养老保险重复缴费时段相应的个人缴费和集体补助，按以下程序办理：

（一）进行信息比对，确定重复缴费时段。重复时段为城乡居民养老保险各年度与城镇职工养老保险重复缴费的月数。

（二）确定重复缴费清退金额，生成并打印《城乡养老保险重复缴费清退表》（附件 6）。重复缴费清退金额计算方法：

年度重复缴费清退金额=（年度个人缴费本金+年度集体补助本金）/12×重复缴费月数；

清退总额=各年度重复缴费清退金额之和。

（三）将重复缴费清退金额退还参保人员，并将有关情况通知本人。

第九条 参保人员同时领取城镇职工养老保险和城乡居

民养老保险待遇的，由城乡居民养老保险待遇领取地社保机构负责终止其城乡居民养老保险关系，核定重复领取的城乡居民养老保险基础养老金金额，通知参保人员退还。参保人员退还后，将其城乡居民养老保险个人账户余额（扣除政府补贴，下同）退还本人。

参保人员不退还重复领取的城乡居民养老保险基础养老金的，城乡居民养老保险待遇领取地社保机构从其城乡居民养老保险个人账户余额中抵扣，抵扣后的个人账户余额退还本人。

参保人员个人账户余额不足抵扣的，城乡居民养老保险待遇领取地社保机构向其领取城镇职工养老保险待遇的社保机构发送《重复领取养老保险待遇协助抵扣通知单》（附件7），通知其协助抵扣。

参保人员城镇职工养老保险待遇领取地社保机构完成抵扣后，应将协助抵扣款项全额划转至城乡居民养老保险待遇地社保机构指定银行账户，同时传送《重复领取养老保险待遇协助抵扣回执》（见附件7）。

第十条 负责城镇职工养老保险、城乡居民养老保险的社保机构办理参保人员城乡养老保险制度衔接手续后，应将参保人员有关信息予以保留和备份。

第十一条 人力资源和社会保障部建立健全完善全国县级以上社保机构联系方式信息库，并向社会公布相关信息。

同时，进一步完善全国社会保险关系转移信息系统，各地社保机构应积极应用该系统开展城乡养老保险制度衔接业务。建立全国统一的基本养老保险参保缴费查询服务系统，加快普及全国通用的社会保障卡，为参保人员查询参保缴费信息、办理制度衔接提供便捷、高效的服务。

第十二条 本规程从 2014 年 7 月 1 日起施行。

第十三条 本规程由人力资源社会保障部负责解释。

附件：

1. 城镇职工基本养老保险参保缴费凭证
2. 城乡养老保险制度衔接申请表
3. 城乡养老保险制度衔接联系函
4. 城乡居民基本养老保险信息表
5. 城镇职工基本养老保险信息表
6. 城乡养老保险重复缴费清退表
7. 重复领取养老保险待遇协助抵扣通知单

附件 1:

编号:

城镇职工基本养老保险参保缴费凭证

参保人员基本信息						
姓名			性 别		个人编号	
公民身份 号 码			户 籍 地 地 址			
参保起止 时 间			累计缴费 月 数		个人账户 累计储存额	
社会保险经办机构信息						
行政区划 代 码			社会保险 经办机构 名 称			
联系电话			地 址		邮政 编码	

备注:

经办人（签章）:

社会保险经办机构（章）:

年 月 日

(本凭证一式两联，填发此凭证的社会保险经办机构和参保人员本人各一联)

重要提示

1. 本凭证是您参加城镇职工基本养老保险的权益记录，是申请办理城乡养老保险制度衔接手续的重要凭证，请妥善保管。

2. 当您办理城镇职工基本养老保险转入城乡居民基本养老保险手续时，请向负责城乡居民基本养老保险的社会保险经办机构出示本凭证。

3. 本凭证如不慎遗失，请与填发此凭证的社会保险经办机构联系，申请补办。联系方式可到任何一个社会保险经办机构查询。

附件 2:

编号:

城乡养老保险制度衔接申请表

(转入地社会保险经办机构):

根据《城乡养老保险制度衔接暂行办法》有关规定,本人申请将原在_____省(区、市)_____市(区)_____县(市)建立的养老保险关系([]城镇职工基本养老保险 []城乡居民基本养老保险)转移至你处,特此申请。

参保人员基本信息					
姓 名		性 别		公民身份 号 码	
原个人 编 号				户 籍 地 地 址	
申请转移 至	[] 城镇职工基本养老保险 [] 城乡居民基本养老保险				
转出地社会保险经办机构信息					
行政区划 代 码		社保经办 机构名称			
地 址		联系电话		邮政编码	

申请人(签字):

联系电话:

年 月 日

注:参保人员办理城乡居民基本养老保险转入城镇职工基本养老保险的,如就近向其户籍地负责城乡居民基本养老保险的社会保险经办机构申请的,户籍地负责城乡居民基本养老保险的社会保险经办机构可在“申请人”字样左侧盖章。

编号：

城乡养老保险制度衔接联系函

(转出地社会保险经办机构)：

根据《城乡养老保险制度衔接暂行办法》有关规定，原在你处的参保人员_____申请将其养老保险关系（☐城镇职工基本养老保险
☐城乡居民基本养老保险）转至我处，如无不妥，请按相关规定办理转移手续。

参保人员信息					
个人编号		姓 名		性 别	
公民身份号码		户籍地址			
申请转移至	☐ 城镇职工基本养老保险 ☐ 城乡居民基本养老保险				
转入地社会保险经办机构信息					
行政区划代码		社会保险经办机构名称			
开户全称		开户银行全称			
开户银行行号		银行账号			
地 址		邮政编码			

经办人（签章）：

电 话：

转入地社会保险经办机构（章）：

年 月 日

(本函一式两联，一联发给转出地社会保险经办机构，一联留存)

附件 4:

编号: _____

城乡居民基本养老保险信息表

单 位: 元

参保人员基本信息						
个 人 编 号		姓 名		性 别	出生日期	
公民身 份号码			户籍地 地址			
缴费起始 时间		缴费截止 时间		累计 缴费 月数		个人账户 基金转移额
历年缴费和个人账户信息						
年份	个人缴费	集体补助	政府补贴	利息	至本年末 个人账户 累计储存额	备注
1	2	3	4	5	6	7

经办人（签章）: _____

联系电话: _____

转出地社会保险经办机构（章）: _____

年 月 日

(本表一式两联，一联发给转入地负责城镇职工养老保险的社会保险经办机构，一联留存)

附件 5:

编号: _____

城镇职工基本养老保险信息表

单位: 元

参保人员基本信息																													
个人编号		姓名		性别		出生日期																							
公民身份号码	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						户籍地地址						
缴费起始时间		缴费截止时间		累计缴费月数		个人账户基金转移额																							
历年缴费明细信息																													
年份	缴费起始时间		缴费截止时间		月数		备注																						
1	2		3		4		5																						

经办人(签章): _____

联系电话: _____

转出地社保机构(章): _____

年 月 日

(本表一式两联, 一联发给转入地负责城乡居民基本养老保险的社会保险经办机构, 一联留存)

附件 6:

编号: _____

城乡养老保险重复缴费清退表

单 位: 元

参保人员基本信息									
个人编号				姓名		性别		出生日期	
公民身份号码				户籍地址					
重复缴费和个人账户清退明细									
重复年份	当年缴费金额			重复月数	退还本人金额			备注	
	个人缴费	集体补助	小计		个人缴费	集体补助	小计		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
合计								---	
退还本人金额合计（大写）: _____									

经办人（签章）: _____

社会保险经办机构（章）: _____

年 月 日

注: 1. 栏目关系: 4=2+3; 8=6+7

2. 本表于办理城镇职工基本养老保险和城乡居民基本养老保险重复缴费清退时使用, 一式两联, 一联留存, 一联给参保人员本人。

附件 7:

编号:

重复领取养老保险待遇协助抵扣通知单

(社会保险经办机构):

经查,你处领取城镇职工基本养老保险待遇人员_____,曾在我处重复领取城乡居民基本养老保险待遇。按照《城乡养老保险制度衔接暂行办法》规定,我单位已追回部分金额。其余部分,请你单位予以协助抵扣,并将协助抵扣金额划转我处。

参保人员基本信息						
个人编号		姓名		公民身份号码		
重复领取起止时间		重复领取月数		重复领取基础养老金金额		已追回金额
委托协助抵扣金额	小写:¥_____元 大写:_____					
社会保险经办机构信息						
行政区划代码				社会保险经办机构名称		
开户全称				开户银行全称		
开户银行行号				银行账号		
地 址				邮政编码		备注

经办人(签章): _____ 联系电话: _____ 社会保险经办机构(章): _____

年 月 日

注:本通知单一式两联,一联发给委托其协助抵扣重复领取城乡居民基本养老保险待遇的负责城镇职工基本养老保险的社会保险经办机构,一联留存。

编号:

重复领取养老保险待遇协助抵扣回执

原个人编号		姓名		公民身份号码		
协助抵扣金额	小写:¥_____元 大写:_____					
付款社会保险经办机构名称				付款银行名称		
收款社会保险经办机构名称				收款银行名称		
备 注						

经办人(签章): _____ 联系电话: _____ 社会保险经办机构(章): _____

年 月 日

注:本回执由负责城镇职工基本养老保险的社会保险经办机构发给负责城镇居民基本养老保险的社会保险经办机构。