|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |
| 大理州参加企业职工基本养老保险人员因病或非因公死亡丧葬抚恤待遇审核表 | | | | | |
| 参保人员 原工作单位 |  | 单位编号 |  | 人员编号 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | | | 死亡时间 |  |
| 法定继承人或指定受益人情况 | | | | | |
| 申领人姓名 |  | 申领人与 死者关系 |  | 申领人 身份证号 |  |
| 申领人承诺 意见 | 本人为参保人 （填写姓名）的法定继承人或指定继承人，已认真阅读参加企业职工基本养老保险人员领取基本养老金前因病或非因工死亡计发丧葬抚恤待遇相关规定，且未领取过城乡居民基本养老保险、失业保险、工伤保险中任意一项丧葬抚恤待遇。参保人已于 年 月 日死亡。在此本人郑重承诺，符合本业务申领条件，并授权同意经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。  承诺人（签字）：  年 月 日 | | | | |
| 原工作单位 意见 | 单位（签章）  年 月 日 | | | | |
| 就业（失  业保险） 经办机构 核实意见 | 单位（签章）  年 月 日 | | | | |
| 社会保险 经办机构 审核意见 | 享受丧葬 补助金 |  | 享受抚恤金 |  | |
| 享受一次性 抚恤待遇 |  | 账户中个人账户部分余额清退 |  | |
| 单位（签章）  年 月 日 | | | | |

填表说明：

1.该表基本信息由申领人填写办理。如原用人单位已向申领人垫付过丧葬抚恤待遇的，由原用人单位进行申领办理。

2.原工作单位意见：

（1）在职职工因病或非因公死亡：原用人单位对是否向申领人垫付过丧葬抚恤待遇签署意见并加盖公章。

（2）自谋职业者以及采取各种灵活就业方式就业人员死亡的：不需签署单位意见。

3.就业（失业保险）经办机构核实意见：

就业（失业保险）经办机构对参保人员因病或非因工死亡，申领人是否领取过失业保险丧葬抚恤待遇签署意见并加盖公章。

4.社会保险经办机构审核意见：

社保经办机构对参保人员因病或非因工死亡，申领人是否领取过城乡居民基本养老保险、工伤保险、企业职工基本养老保险丧葬抚恤待遇进行核实。符合发放企业职工基本养老保险丧葬抚恤待遇条件的，按规定计算并发放丧葬抚恤待遇。