

阳城县人力资源和社会保障局
阳城县公安局
阳城县卫生健康和体育局
阳城县民政局
阳城县退役军人事务局
阳城县医疗保障局
晋城市住房公积金管理中心阳城管理部

文件

阳人社字〔2023〕46号

关于印发阳城县《公民身后“一件事一次办”操作规程及要求（试行版）》的通知

各有关单位、经办服务机构：

根据晋城市人民政府办公室《关于印发晋城市打造“一件事一次办”精品实施方案的通知》（晋市政办〔2023〕18号）要求，为加快推动实施公民身后“一件事一次办”，经研究，现将

阳城县《公民身后“一件事一次办”操作规程及要求（试行版）》印发给你们，请结合实际贯彻执行。

阳城县人力资源和社会保障局

阳城县公安局

阳城县卫生健康和体育局

阳城县民政局

阳城县退役军人事务局

阳城县医疗保障局

晋城市住房公积金管理中心阳城管理部

2023年12月8日

（此件公开发布）

阳城县公民身后“一件事一次办” 操作规程及要求(试行版)

为贯彻落实晋城市人民政府办公室关于《晋城市打造“一件事一次办”精品实施方案的通知》，进一步优化政务服务环境，提升群众办事的便利度、获得感，确保公民身后“一件事一次办”落地见效，结合我县实际，特制定本方案。

一、服务事项及承办单位

序号	事项名称	办理机构及地点	咨询电话
1	死亡证明材料的出具	县直各医疗机构、各乡镇卫生院、公安机关根据职责分工承担	阳城县卫健局:4239919
2	户口注销	户籍所在地派出所	阳城县公安局:3201002
3	机动车驾驶证注销	县政务中心1层交警综合窗口	阳城县公安局:3201001
4	医保个人账户余额提取	县政务中心3层 医保中心综合受理窗口	阳城县医保局电话:3201052
5	社保个人账户余额提取	县政务服务中心4层 社保中心各相关经办窗口	阳城县社保中心企业保险股:4228486(在职) 3201058(退休) 阳城县社保中心机关保险股:4239375 阳城县社保中心城乡居民保险股:3201060
6	城乡居民丧葬费申领	县政务服务中心4层 城乡居保窗口	阳城县社保中心城居民保险股:3201060
7	企业人员遗属待遇申领	县政务中心4层 企业职工养老保险综合窗口	阳城县社保中心企业保险股:3201058
8	事业单位工作人员死亡一次性抚恤金	县人社局2层C202工资股	阳城县人社局工资股:4239372
9	国家机关工作人员死亡一次性抚恤金	县退役军人事务局3层306 优抚褒扬股	阳城县退役军人事务局:6929798
10	机关、事业单位遗属生活困难补助审批	县人社局2层C202工资股	阳城县人社局工资股:3200282
11	个人住房公积金账户提取	县住房公积金管理中心归集科 晋城市住房公积金网站: https://www.jcgov.gov.cn/bsfw/jcsgjjw 手机公积金APP	阳城县住房公积金管理中心:4225531

二、法律依据

1. 《关于进一步规范人口死亡医学证明和信息登记管理工作的通知》
2. 《中华人民共和国执业医师法》
3. 《中华人民共和国母婴保健法》
4. 《关于印发人口死亡信息登记管理规范（试行）的通知》
5. 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》
6. 《机动车驾驶证申领和使用规定》
7. 《山西省户籍管理工作规范（试行）》
8. 《晋城市城镇职工基本医疗保险个人账户管理试行办法》
9. 《中华人民共和国社会保险法》
10. 《实施〈中华人民共和国社会保险法〉若干规定》
11. 《国务院关于建立统一的城乡居民基本养老保险制度的意见》
12. 《关于印发〈企业职工基本养老保险遗属待遇暂行办法〉的通知》
13. 《关于调整企业离休人员和符合劳人险〔1983〕3号文件的退休老工人死亡一次性抚恤金标准的函》
14. 《关于调整离休干部丧葬费标准的通知》
15. 《国务院关于机关事业单位养老保险制度改革的决定》（国发〔2015〕2号）
16. 《山西省人力资源和社会保障厅关于印发〈机关事业单位单

位工作人员基本养老保险经办规程〉的通知》（晋人社厅发〔2015〕94号）

17.《关于印发〈晋城市丧葬费 一次性抚恤金和遗属生活困难补助资金申领办法〉的通知》（晋市人社发〔2019〕47号）

三、受理条件

居民死亡后，申请人代为办理居民死亡证明（推断）书、死亡注销、机动车驾驶证注销死亡人员遗体火化、医（社）保参保人员个人账户一次性支取，遗属待遇申领、城乡居民丧葬费申领等公民身后事。

四、申请材料

- 1.阳城县公民身后“一件事一次办”办理登记表。
- 2.居民死亡医学证明（推断）书第二、三、四联。
- 3.申请人身份证复印件，社保卡复印件，亡故人员身份证原件及复印件。
- 4.其他申请办理材料按《阳城县公民身后“一件事一次办”办理一次性告知》准备。

五、办理地点

申请人到阳城县政务中心4层公民身后“一件事一次办”窗口提交相应材料，窗口工作人员提供全流程协调帮办代办。

六、职责分工

- 1.卫健部门负责督促县级医疗机构和乡镇卫生院根据实际情况开具《居民死亡医学证明（推断）书》。

2.公安部门负责办理死亡人员户口注销、机动车驾驶证注销及非正常死亡人员死亡证明开具等事项。

3.医保部门负责办理参保亡故人员个人账户一次性支取（医疗保险）等事项。

4.人社部门负责社保参保缴费终止（死亡人员）、参保人员个人账户一次性支取、企业职工基本养老保险未办理退休手续的参保人员申领、遗属待遇申领、城乡居民退保、丧葬费申领、企业职工基本养老保险离退休、辞职人员申领等事项。

七、办理流程

申请人在公民身后“一件事一次办”窗口填写《阳城县公民身后“一件事一次办”办理登记表》，窗口工作人员根据申请事项，将相关材料制作PDF上传至区域平台，公安、人社、医保等部门结合公民申请事项，在线上完成需求资料的下载、打印、存档、办理，完结后及时给予集中办理窗口工作人员回复，窗口工作人员30日内将办理进度告知申请人。如申请办理遗属待遇申领、丧葬费申领等事项需相关单位审批的，窗口工作人员应每月汇总并转交相关单位。

本方案未尽事宜，后续补充完善。

- 附件：1.阳城县公民身后“一件事一次办”一次性告知单
2.死亡个案填报有关事宜
3.《居民死亡医学证明（推断）书》模版

- 4.阳城县公民身后“一件事一次办”办理登记表
- 5.职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表
- 6.山西省城乡居民基本养老保险证明事项告知承诺书
- 7.山西省城乡居民基本养老保险注销登记表
- 8.个人账户一次性结算承诺告知书（企业人员）
- 9.山西省参加企业职工基本养老保险在职死亡人员信息确认表
- 10.山西省企业职工基本养老保险遗属待遇申领表
- 11.山西省企业职工基本养老保险遗属待遇汇总表
- 12.个人账户一次性待遇申领承诺书（机关事业单位人员）
- 13.山西省机关事业单位基本养老保险参保人员一次性支付申报表
- 14.事业单位工作人员死亡一次性抚恤金审批表
- 15.事业单位工作人员一次性抚恤金办理须知
- 16.国家机关工作人员死亡一次性抚恤金审批表
- 17.国家机关工作人员一次性抚恤金办理须知
- 18.国家机关、事业单位工作人员死亡后遗属生活困难补助审批表
- 19.机关、事业单位遗属补助办理须知
- 20.一次性补正材料告知书

附件 1

阳城县公民身后“一件事一次办”一次性告知单

序号	项目	材料名称	提供性质	来源渠道	材料份数	材料类型	正常完结时限
1	通用资料	阳城县公民身后“一件事一次办”办理登记表	必备	申请人自备	1	原件	1日
		申请人身份证、社保卡	必备	申请人自备	1	复印件	1日
2	户口注销	亡故人员《居民死亡医学证明(推断)书》第2.3.4联	必备	申请人自备	1	原件	1日
		亡故人员身份证、所在户的居民户口簿	必备	申请人自备	1	原件	1日
3	机动车驾驶证注销	亡故人员《居民死亡医学证明(推断)书》第2联	依申请提供	帮办代办	1	原件	1日
		亡故人员《居民死亡医学证明(推断)书》 注:准驾车型为B型以上在市政务服务中心办理,准驾车型为C1以下在县政务服务中心办理。	依申请提供	帮办代办	1	原件	1日
4	医保个人账户余额提取	《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
		《山西省城乡居民基本养老保险注销登记表》	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
5	社保个人账户余额提取	《个人账户一次性结算承诺书》(企业人员)	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
		《山西省机关事业单位基本养老保险参保人员一次性支付申报表》	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
6	城乡居民丧葬费申领	《山西省城乡居民基本养老保险注销登记表》	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
		《山西省城乡居民基本养老保险证明事项告知承诺书》	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
7	企业人员遗属待遇申领	死亡证明和殡葬方式证明	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
		默认结算至死者社保卡,需结算到继承人社保卡的(须提供合法继承资格且无纠纷的司法公正文书)	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
8	机关、事业单位工作人员死亡一次性抚恤金、遗属生活困难补助审批	《山西省企业职工基本养老保险遗属待遇申报表》	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
		《山西省企业职工基本养老保险待遇汇总表》	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
9	个人住房公积金账户提取	《机关事业单位工作人员死亡一次性抚恤金申报表》	依申请提供	申请人自备	1	原件	半年
		《国家机关、事业单位工作人员死亡后遗属生活困难补助申报表》	依申请提供	申请人自备	1	原件	半年
9	个人住房公积金账户提取	晋城市住房公积金网站: https://www.jcgov.gov.cn/bsfw/jcsqjgw	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日
		手机公积金 APP 申请	依申请提供	申请人自备	1	原件	30日

附件2

死亡个案填报有关事宜

一、医疗卫生机构或来院途中死亡个案

1.凡在各级各类医疗机构或来院途中发生的死亡个案（包括出诊医生到现场已死亡、到达医院时已死亡、院前急救过程中死亡、院内诊疗过程中死亡）均应由诊治医生做出诊断并逐项认真填写《居民死亡医学证明（推断）书》。死亡原因不明者必须将死亡者生前的症状、体征、主要的辅助检查结果及诊治经过记录在《居民死亡医学证明（推断）书》第二联背面的调查记录栏内，并由家属或知情人签字。

2.新生儿死亡，包括活产随即死亡的应由诊治医生或接生员（助产士）填写《居民死亡医学证明（推断）书》。

二、家庭或其他场所死亡个案

1.正常死亡个案，在家中、养老服务机构、其他场所等正常死亡者，由本辖区社区卫生服务机构或乡镇卫生院的医生，根据死者家属或其他知情人提供的死者生前病史、体征和/或医学诊断，对其死因进行推断，填写《居民死亡医学证明（推断）书》，同时必须填写死亡调查记录（记录内容包括致死疾病的全称、诊断单位、时间、依据），并由家属签名。

对于不能确定是否属于正常死亡者，需经公安司法部门判定死亡性质，公安司法部门判定为正常死亡者，由负责救治或

调查的执业（助理）医师签发《居民死亡医学证明（推断）书》。

2.非正常死亡个案：未经救治的院外死亡，医疗卫生机构不能确定是否属于正常死亡者，需经公安司法部门判定死亡性质，公安司法机构判断为非正常死亡者，由公安司法部门按照现行规定及程序办理。

非会员水印

附件3

居民死亡医学证明(推断)书

省(自治区、直辖市) 市(地区、州、盟) 县(区、旗) 行政区划代码 编号: 性别 1男, 2女, 0未知的性别, 9未说明的性别 年龄 民族

死者姓名	性别	年龄	民族
国家或地区	1身份证, 2户口簿, 3护照, 4军警证, 5驾驶证, 6: 其他法定有效证件	4军警证, 5驾驶证, 6: 其他法定有效证件	
有效身份证件类别	7台湾通行证, 8: 其他法定有效证件	1未婚, 2已婚, 3配偶, 4离婚, 9未说明	
证件号码	婚姻状况	1未婚, 2已婚, 3配偶, 4离婚, 9未说明	
文化程度	1研究生, 2大学, 3大专, 4中专, 5技校, 6高中, 7初中及以下		
出生日期	年 月 日 死亡日期	年 月 日 时 分	
个人身份	11公务员, 13专业技术人员, 17职员, 21企业管理人员, 22工人, 27农民, 31学生, 37离退休人员, 51自由职业者, 54个体经营者, 70无业人员, 80离休人员, 90其他		
死亡地点	1医疗卫生机构, 2来院途中, 3家中, 4养老院, 5其他场所, 0不详		
生前工作单位	死亡时是否处于妊娠期或分娩后42天内 1是, 2否		
常住地址	户籍地址		
可联系的家庭成员姓名	联系电话	家属住址或工作单位	
疾病的主要疾病诊断	疾病名称(勿填写体征)	发病至死亡大概间隔时间	
1. (a)直接死亡原因			
(b)引起(a)的疾病或情况			
(c)引起(b)的疾病或情况			
(d)引起(c)的疾病或情况			
11. 其他疾病诊断(包括死亡, 但与导致死亡无关的其他重要情况)			
生前主要疾病最高诊断单位	1三级医院, 2二级医院, 3乡镇卫生院/社区卫生服务机构, 4村卫生室, 9其他医疗卫生机构, 0未就诊		
生前主要疾病最高诊断依据	1尸检, 2病理, 3手术, 4临床+理化, 5临床, 6死后推断, 9不详		
医师签名	医疗卫生机构盖章	填写日期, 年 月 日	
(以下由编码人员填写) 根本死亡原因:	ICD编码:		

第一联 填写单位存根

居民死亡医学证明(推断)书

行政区划代码 编号: 死者姓名 性别 民族 国家或地区 年龄 身份证件类别 证件号码 常住地址 出生日期 死亡日期 死亡地点 死亡原因 家属姓名 联系电话 家属住址或单位 医师签名 民警签名 医疗卫生机构盖章 派出所意见(盖章) 年 月 日

死者姓名	性别	民族	国家或地区	年龄	身份证件类别	证件号码	常住地址	出生日期	死亡日期	死亡地点	死亡原因	家属姓名	联系电话	家属住址或单位	医师签名	民警签名	医疗卫生机构盖章	派出所意见(盖章)	年 月 日
------	----	----	-------	----	--------	------	------	------	------	------	------	------	------	---------	------	------	----------	-----------	-------

第二联 公安机关保存

居民死亡医学证明(推断)书

行政区划代码 编号: 死者姓名 性别 民族 国家或地区 年龄 身份证件类别 证件号码 常住地址 出生日期 死亡日期 死亡地点 死亡原因 家属姓名 联系电话 家属住址或单位 医师签名 民警签名 医疗卫生机构盖章 派出所意见(盖章) 年 月 日

死者姓名	性别	民族	国家或地区	年龄	身份证件类别	证件号码	常住地址	出生日期	死亡日期	死亡地点	死亡原因	家属姓名	联系电话	家属住址或单位	医师签名	民警签名	医疗卫生机构盖章	派出所意见(盖章)	年 月 日
------	----	----	-------	----	--------	------	------	------	------	------	------	------	------	---------	------	------	----------	-----------	-------

第三联 死者家属保存

居民死亡医学证明(推断)书

行政区划代码 编号: 死者姓名 性别 民族 国家或地区 年龄 身份证件类别 证件号码 常住地址 出生日期 死亡日期 死亡地点 死亡原因 家属姓名 联系电话 家属住址或单位 医师签名 民警签名 医疗卫生机构盖章 派出所意见(盖章) 年 月 日

死者姓名	性别	民族	国家或地区	年龄	身份证件类别	证件号码	常住地址	出生日期	死亡日期	死亡地点	死亡原因	家属姓名	联系电话	家属住址或单位	医师签名	民警签名	医疗卫生机构盖章	派出所意见(盖章)	年 月 日
------	----	----	-------	----	--------	------	------	------	------	------	------	------	------	---------	------	------	----------	-----------	-------

第四联 殡葬管理部门保存

附件4

阳城县公民身后“一件事一次办”办理登记表

基本信息	亡故人姓名		性别		出生时间	年 月 日
	民族		年龄		身份证号码	
	家庭地址 (户籍所在地)					
	工作单位					
	死亡时间		殡葬时间及方式			
办理事项	<input type="checkbox"/> 户口注销 <input type="checkbox"/> 机动车驾驶证注销 <input type="checkbox"/> 医保个人账户余额提现 <input type="checkbox"/> 企业人员遗属待遇申领 <input type="checkbox"/> 城乡居民丧葬费申领 <input type="checkbox"/> 其他					
完结方式	一般事项30日内完结。遗属待遇申领、丧葬费申领等事项需有关单位审批、审核通过后自行转入到指定的银行帐号					
代办人姓名				与亡故人关系		
承诺签名	<p>本人核对以上填写内容正确无误,并承诺以上申报信息及所提交的证明材料均真实有效,若被查证在事项办理过程中存在隐瞒事实、弄虚作假行为的,本人愿意承担法律责任,接受相关部门处理,直至注销以上办理结果。</p> <p style="text-align: right;">申请人签名:</p> <p style="text-align: right;">联系电话:</p> <p style="text-align: right;">申请登记日期: 年 月 日</p>					
备注	服务对象为阳城县户籍亡故人员亲属或监护人					

附件5

职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

支取人签字：

年 月 日

参保人基本情况				
姓名		身份证件号码		
支取原因	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 其他			
工作单位				
账户名称				
账户号码				
开户行		行号		
继承人(代表人)基本情况				
姓名		与参保人关系		
身份证件号码		联系电话		
常驻地址		工作单位		
账户号码				
开户行		行号		
经协商,由_____代表全部继承人办理支取业务,有关款项汇入参保人单位银行账户。分配事宜自行解决,由此产生的法律纠纷由代表人自行负责。				
单位签字(盖章): 年 月 日				
被委托人基本情况 (如无被委托人, 无需填写)				
姓名		身份证件号码	联系电话	
备注				

注：“主动放弃”指(1)在达到规定的领取非老金条件前,中国境内就业的外国人离境的或港、澳、台居民离开内地(大陆)的,经本人书面申请终止社会保险关系的,个人账户一次性支付给本人;(2)已获得港、澳、台居民身份的原内地(大陆)居民,离开内地(大陆)时已选择终止社会保险关系的,原缴费年限不再合并计算,个人账户一次性支付本人。“其他”指符合统筹地区政策的其他情形。

附件6

山西省城乡居民基本养老保险证明事项告知承诺书

申请人：_____ 证件号码：_____ 证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 / <input type="checkbox"/> 军官证 / <input type="checkbox"/> 港澳台居民证 / <input type="checkbox"/> 其他证件 联系电话：_____
办理业务及证明材料(勾选并补充完整)： <input type="checkbox"/> 关系转移接续申请： 参保人_____ (填写姓名) 户籍关系由_____ (填写到县区) 转移到_____ (填写到县区)。 <input type="checkbox"/> 死亡注销登记： _____ (填写姓名) 为参保人_____ (填写姓名) 的法定继承人或指定继承人，参保人已于_____年_____月_____日死亡。 <input type="checkbox"/> 丧葬补助费申领： _____ (填写姓名) 为参保人_____ (填写姓名) 的遗属，参保人已于_____年_____月_____日死亡。
承诺内容： 本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对社会保险公共服务事项证明义务和办理条件已充分知晓。在此本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，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。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等级列车和席次、获得贷款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。
承诺人：_____ 证件号码：_____ 证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 / <input type="checkbox"/> 军官证 / <input type="checkbox"/> 港澳台居民证 / <input type="checkbox"/> 其他证件 联系电话：_____
承诺人与申请人关系(勾选)： <input type="checkbox"/> 父 / <input type="checkbox"/> 母 / <input type="checkbox"/> 妻 / <input type="checkbox"/> 夫 / <input type="checkbox"/> 儿子 / <input type="checkbox"/> 女儿 / <input type="checkbox"/> 其他直系亲属。
承诺日期： 年 月 日

经办人：

负责人：

年 月 日

附件7

山西省城乡居民基本养老保险注销登记表

所属村(居)委会：

填写日期： 年 月 日

参保人员姓名				
公民身份号码				
注销原因	<input type="checkbox"/> 丧失国籍，丧失国籍时间： 年 月			
	<input type="checkbox"/> 已享受其他基本养老保险待遇，起始时间： 年 月			
	<input type="checkbox"/> 死亡，死亡时间： 年 月			
	<input type="checkbox"/> 其他（说明：_____）			
注销日期：				
以下为指定受益人或法定继承人填写				
姓 名		性 别		出生日期
与参保人员关系				
公民身份号码				
联系电话				
居住地址				
领取个人账户余额的指定银行				
银行账号				
城乡居民基本养老保险个人账户资金余额由银行代发，凭身份证到指定银行领取。				
申请人承诺： 以上填写内容真实无误，如不属实，自愿承担相应的法律责任。 申请人： 年 月 日(签章)			县(市、区)社保机构审核意见： 经办人： 年 月 日(签章)	

申请人签字：

年 月 日

填表说明：1.填写“注销原因”一栏时，请在相关选项后的□内打“√”。

2.互联网渠道受理的，由登录用户的电子身份认证代替纸质签章。

附件8

个人账户一次性结算承诺告知书(企业人员)

人员信息	姓名		身份证号		个人编号	
	原参保单位					
	实际终止年月					
业务办理	<input type="checkbox"/> 死亡; <input type="checkbox"/> 已到达法定退休年龄缴费不足15年; <input type="checkbox"/> 已在其他社会保险机构、险种已领取养老保险待遇; <input type="checkbox"/> 出国定居人员(已经放弃中华人民共和国国籍); <input type="checkbox"/> 无军籍人员;					
结算信息 (可选一项)	<input type="checkbox"/> 1.结算到原参保人员社保卡银行账户(确保账户正常使用); <input type="checkbox"/> 2.结算到继承人员社保卡银行账户:户名:_____; 开户银行:_____ 账号:_____; <input type="checkbox"/> 3.结算至参保单位:户名:_____; 开户银行:_____ 账号:_____。					
承诺内容	<p>1.参保人员_____于_____年_____月去世,申办人_____系其合法继承人,并且不存在纠纷。</p> <p>2.参保人员_____到达法定退休年龄,缴费年限(含视同缴费年限)不符合按月领取养老金条件自愿放弃后延缴费,自愿放弃将职工基本养老保险个人账户转移接续至城乡居民养老保险。</p> <p>3.参保人员_____已在_____年_____月在_____社会保险经办机构领取养老保险待遇,本人申请退付在本社会保险经办机构所缴纳的养老保险个人账户的个人缴费部分。</p> <p>4.参保人员_____已于_____年_____月与单位解除劳动关系并已放弃中华人民共和国国籍,自愿放弃后延缴费申请退付在本社会保险经办机构所缴纳的养老保险个人账户的个人缴费部分。</p> <p>5.参保人员_____为移交政府安置的中国人民解放军和中国人民武装警察部队无军籍职工已于_____年_____月领取退休待遇。</p> <p>本人郑重承诺,已经符合本业务办理条件,填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效,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。同时,知悉本人如作出不实承诺,将被列入社会保险领域严重失信人名单,相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示,并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等级列车和席次、获得贷款授信,通报批评,公开谴责等在内的跨部门联合惩戒,涉及犯罪的移交司法机关处理。</p> <p style="text-align: center;"> 承诺人签字: _____ 单位(盖章) _____ _____年 月 日 _____年 月 日 </p>					

附件9

山西省参加企业职工基本养老保险在职死亡人员 信息确认表

单位名称：

单位编号：

姓名		性别		出生年月	年 月	
养老保险号		居民身份证号				
参加工作 (缴费)时间	年 月	死亡时间		死亡 原因	因病或非因工 <input type="checkbox"/>	
					其他 <input type="checkbox"/>	
合同制职工实际 缴费起始年月	年 月	个人账户起始时间		年 月		
本人主要工作经历						
起止时间		所在单位				
视同缴费年限	年 月	其中增加视同缴费月数		月		
		其中核减视同缴费月数		月		
累计缴费年限(包括实际缴费年限和视同缴费年限)				年 月		
单 位 承 诺	<p>该职工拟办理基本养老保险遗属待遇信息确认手续,所申报材料真实有效,未隐瞒被判刑、开除公职、除名等情况,不存在欺诈、伪造档案和证明材料等弄虚作假行为,如有违反规定骗取养老保险待遇的,按照《中华人民共和国社会保险法》和人社部、公安部《关于加强社会保险欺诈案件查处和移送工作的通知》(人社部发[2015]14号)等规定处理。</p> <p style="text-align: center;">特此承诺</p> <p style="text-align: center;">盖章 年 月 日</p>			经 办 机 构 意 见	<p style="text-align: center;">经确认,该参保职工累计缴费年限为____年____月。</p> <p style="text-align: center;">盖章 年 月 日</p>	

附件 10

山西省企业职工基本养老保险遗属待遇申领表

人员 信息	姓名		身份证号		个人编号	
	原参保单位					
	死亡时间					
申办人 信息	姓名		身份证号			
	联系电话		住址			
单位或街 道(社 区)审 核意见	<p>经审核确认,我单位管理的参保人员_____于_____年 _____月_____日去世。申办人系其合法继承人,并且不存在申领遗属待 遇方面的纠纷。</p> <p style="text-align: center;"> 审核人签字: _____ 单位公章: _____ _____年 月 日 </p>					
结算信 息(可 选一 项)	<p>1、<input type="checkbox"/> 结算到单位:户名 _____ 开户银行 _____ 账号 _____</p> <p>2、<input type="checkbox"/> 结算到街道(社区):户名 _____ 开户银行 _____ 账号 _____</p> <p>3、<input type="checkbox"/> 结算到原参保人员社保卡银行账户(确保账户正常使用)</p> <p>4、<input type="checkbox"/> 结算到继承人社保卡(须提供合法继承资格且无纠纷的司法公证文 书):户名 _____ 开户银行 _____ 账号 _____</p>					
告知承 诺书	<p>企业养老保险遗属待遇是参保人员的合法权益,任何人不得侵占。 任何单位和个人不得以任何方式骗取、贪占养老保险基金.本人承诺:本表 所申报事项真实、合法、有效,并自愿承担由此引发的一切法律后果。</p> <p style="text-align: center;"> 承诺人签字(盖章): _____ _____年 月 日 </p>					

附件 11

山西省企业职工基本养老保险待遇汇总表

单位名称： _____ 单位编号： _____ 申报日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

序号	在职/退休	个人编号	姓名	证件类型	证件号码	死亡年月	结算方式
备注	本表申报内容均需机打不得随意涂改,在职、退休分表填报,结算方式分为参保单位、街道社区、个人银行账户,参保单位、街道社区或本人须如实填报,如有虚假,参保单位、街道社区或本人承担相关责任。						

经办人： _____ 负责人： _____ 单位盖章： _____

附件12

个人账户一次性待遇申领承诺书(机关事业单位人员)

申请人：	身份证件号：
个人账户一次性待遇申领： _____ (填写姓名) 为参保人 _____ (填写姓名) 的法定继承人 或指定继承人，参保人已于 _____ 年 _____ 月 _____ 日死亡。	
承诺内容： 本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对社会保险公共服务事项证明义务和办理条件已充分知晓。在此本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，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。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等级列车和席次、获得贷款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。	
承诺人：	身份证件号：
与申请人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定监护人（勾选）	
承诺日期：	年 月 日

附件 13

山西省机关事业单位基本养老保险参保人员一次性支付申报表

单位名称(章):

社会保险登记编号:

姓 名		公民身份号码	
个人编号		性 别	
民 族		实际终止年月	年 月
人员类型	<input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 退休	业务类型	一次性支付个人账户
终止原因			
领取人信息			
领取人姓名		领取人 公民身份号码	
与参保人员关系		联系电话	
开户银行名称		户 名	
银行账号			
备 注			
<p>以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。</p> <p>领取人签名：_____ 单位经办人签章：_____</p> <p style="text-align: right;">制表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日</p>			

填写说明

1.本表是办理参保人员死亡、丧失中华人民共和国国籍、达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费的，办理有关待遇支付业务时填写。

2.单位名称：与有关机关批准成立证件或其他核准执业证件中的单位名称一致。

3.社会保险登记编号：与颁发的社会保险登记证中记录的社会保险登记编号一致。

4.姓名、公民身份号码与有效身份证件内容一致。

5.个人编号：指参保人员在社保经办机构数据库中的编号。

6.民族：与参保人员居民身份证一致。

7.实际终止年月：丧失中华人民共和国国籍的，填写已获得外国国籍的时间；人员死亡的，填写死亡时间。

8.终止原因：按丧失中华人民共和国国籍、因病或非因工死亡、因工死亡、达到退休条件时缴费不满15年且选择放弃延续缴费等情况据实填报。

9.领取人：指实际领取参保人员一次性待遇的指定受益人或法定继承人。

10.领取人信息：指领取参保人员养老保险一次性支付的领取人信息。当领取人不是参保人员本人时，应填写与参保人员关系。

附件 14

事业单位工作人员死亡一次性抚恤金审批表

姓 名		性别		出生年月		参加工作时间	
原工作 单 位		籍贯				离退休时间	
死亡时间地点和原因				申报部门意见			
				(单位及主管部门盖章)			
				年 月 日			
工资项目	职务(岗位) 工 资	级别(等级) 工 资	基本离(退)休费		合计		
金额							
工改办核实意见				编制管理部门核实意见			
年 月 日				年 月 日			
审批 部门 意见	根据政策规定,按本人____个月工资计算,发给其家属一次性抚恤金____元,丧葬费____元,合计____元。						年 月 日
持证 遗属	姓 名		与死者关系				
	现住址						

附件 15

事业单位工作人员一次性抚恤金办理须知

一、适用范围

阳城县行政区域内事业单位工作人员及离退休人员死亡火化后方可办理申领丧葬费，一次性抚恤金、遗属生活困难补助相关手续。

二、申领条件

户籍在火葬区人员死亡后，不分居住地区，火化后其亲属方可申领；在外地就医或者死亡的，其遗体原则上应就地、就近火化。

三、申领需要提供的材料

1、单位介绍信。内容包括：姓名、性别、出生年月、籍贯、编制情况、病故时间、地点、原因、丧葬方式、领取抚恤金人姓名、与逝者的关系、现住址等。

2、公安机关出具的户口注销证明。

3、由殡仪馆出具的行政事业火化证原件及复印件。外地就医死亡异地火化的，需提供异地就医病历、火化证明。

4、领取人的身份证、户口簿原件及复印件；受委托领取的必须出具亲属签章后的委托书，委托人和被委托人双方身份证、户口簿原件及复印件。

四、咨询电话：0356-3200282

阳城县人力资源和社会保障局宣

附件 16

国家机关工作人员死亡一次性抚恤金审批表

姓名		性别		年龄	
籍贯		工作单位及职务			
参加工作时间		离退休时间			
工资项目及数额	职务(岗位)工资		级别(等级)工资		
	基础工资		工龄工资		
	奖金(津贴)		按规定增加的离退休费		
	合计数额				
参加工作简历					
牺牲病故时间地点和原因					
持证遗属	姓名		与牺牲病故者关系		
	现住址				

申报单位 意见	 <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
组织人事部门 核实意见	 <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
编制管理部门 意见核实	 <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
退役军人事务部门 审批意见	<p>本人生前最后一个月基本工资(基本离退休费)_____元; 上年度全国城镇居民可支配收入_____元。根据国家抚恤政策 规定,一次性抚恤金为_____元。</p> <p style="text-align: center;"> 审核人: _____ 审批人: _____ </p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
备注	

附件 17

国家机关工作人员一次性抚恤金办理须知

一、适应范围

阳城县行政区域内国家机关工作人员及离退休人员死亡火化后方可办理申领一次性抚恤金、丧葬费相关手续。

二、申领条件

户籍在火葬区人员死亡后，不分居住地区，火化后其亲属方可领取；在外地就医或意外死亡的，其遗体原则上应就地、就近火化。

三、申领需要提供的材料

1.单位介绍信。内容包括：姓名、性别、出生年月、籍贯、编制情况、病故时间、地点、原因、丧葬方式、领取抚恤金人姓名、与逝者的关系、现住址等。

2.公安机关出具的户口注销证明原件。

3.由殡仪馆出具的行政事业火化收费票据原件及复印件。外地就医死亡异地火化的，需提供异地就医病历、火化证明。

4.领取人身份证、户口簿及复印件；受委托领取的须出具亲属签章的委托书，委托人和被委托人双方身份证、户口簿原件及复印件。

四、咨询电话: 0356-6929798 0356-6929709

阳城县退役军人事务局宣

附件 18

国家机关、事业单位工作人员死亡后 遗属生活困难补助审批表

死亡工作人员	姓名		性别		参加工作时间	
	出生年月				死亡年月	
	基础职务工资		工龄津贴		教(护)龄津贴	合计
	工作单位					职务
死者配偶	姓名		工作单位			
	月经济收入					
需享受补助的遗属	姓名	出生年月	与死者的关系	户口所在地	现从事职业	补助标准
月实际补助总金额						
呈报单位意见			主管部门意见			审批部门意见
	年 月 日			年 月 日		年 月 日
审批时需提供材料	1、遗属居住地的健康状况证明,十八周岁以上的子女需提供在校相关证明。 2、遗属户口复印件,并加盖派出所户籍专用章。					
备注						

附件19

机关、事业单位遗属补助办理须知

一、适用范围

机关、事业单位工作人员及离退休人员死亡火化后方可办理申领丧葬费、一次性抚恤金、遗属生活困难补助相关手续。

二、补助对象

补助对象系指依靠死者生前供养的下列遗属：

1、父（包括抚养死者长大的抚养人）、夫年满六十岁，或基本丧失劳动能力且没有经济来源的。

2、母（包括抚养死者长大的抚养人）、妻年满五十五岁，或基本丧失劳动能力且没有经济来源的。

3、子、女（包括遗腹子女、养子女）未满十八岁或虽满十八岁，但尚在大学、中专、技校和普通中学学习或因疾病基本丧失劳动能力的。

4、弟、妹（包括同父异母或者同母异父的弟、妹）未满十八岁或虽满十八岁，但尚在大学、中专、技校和普通中学学习或基本丧失劳动能力的。

三、申领需提供的材料

1、派出所出具的死者户口注销证明，一次性抚恤金审批表复印件；

2、遗属本人申请。注明：姓名、性别、出生年月、身份证

号，与逝者的关系，无工作收入来源等相关内容；

3、遗属身份证、户口本、结婚证（结婚证丢失的由民政部门出具婚姻关系证明）、残疾证复印件各1份；

4、遗属办理需提供《民生山西》资格认证通过的截屏；在校学生需提供所在学校出具的相关学籍证明；

5、认真填写《国家机关、事业单位工作人员死亡后遗属困难补助审批表》。此表由死者单位盖章。

注：断增遗属按上述1-5项提供资料，每年遗属审批按上述4-5项提供资料。

四、咨询电话：0356-3200282

阳城县人力资源和社会保障局宣

附件20

一次性补正材料告知书

编号：

_____：

_____年____月____日，你提交来的_____申请材料已收悉。经审核，需补充以下材料，请于_____日内提交：

1. _____。
2. _____。
3. _____。
4. _____。
5. _____。
6. _____。

特此告知

经办人（审批窗口）：

联系电话：

签收人：

联系电话：

年 月 日

非会员水印