|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业基本养老保险参保退休人员养老金  领取银行变更申请表 | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 身份证件号码 | |  | | |
| **变 更 前 信 息** | | | | | **变 更 后 信 息** | | | |
| 原 户 名 |  | | | | 现 户 名 | | |  |
| 原银行名称 |  | | | | 现银行名称 | | |  |
| 原银行账号 |  | | | | 现银行账号 | | |  |
| **申请人承诺：**  **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。**  联系电话： 申请人（签字及手印）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| **以下由社保经办机构填写** | | | | | | | | |
| 初审人签名：  年 月 日 | | | 复核人签名：  年 月 日 | | | | 中心领导签名：  年 月 日 | |