

湖南省机关事业单位养老保险管理服务中心

湘人社事函〔2018〕32号

关于退还省本级机关事业单位养老保险制度改革试点个人缴费本息的通知

省本级原试点参保单位：

根据国家机关事业单位养老保险制度改革的要求，我省原机关事业单位养老保险制度改革试点（以下简称“原试点”）办法自2014年10月1日废止。湖南省机关事业单位养老保险管理服务中心（以下简称“省机关事保中心”）2016年9月30日下发《关于开展试点期间个人缴费确认工作的通知》（湘人社事函〔2016〕7号，以下简称“湘人社事函〔2016〕7号文件”），开展省本级原试点个人缴费的核对确认工作，目前此项工作已基本完成。根据《湖南省人力资源和社会保障厅 湖南省财政厅关于湖南省机关事业单位养老保险制度改革原试点工作中有关问题的处理意见》（湘人社发〔2017〕17号）文件规定，经报请有关部门同意，决定启动省本级原试点个人缴费本息退费工作，现就退费工作有关事项通知如下：

一、退费条件

已按照湘人社事函〔2016〕7号文件完成原试点个人缴费确认工作的参保单位或个人。

二、申请主体

(一)原则上由参保人员原试点参保单位按照《试点期间参保人员缴费确认表》记载名单向省机关事保中心申请并办理个人缴费本息退费工作。

(二)如参保人员离开原试点参保单位，且参加了省本级机关事业单位养老保险新制度，经本人同意后，也可由现工作单位提出退费申请，由经办机构查验后确定。

(三)原试点参保单位已不存在的，由本人携身份证原件提出退费申请。

三、申请时间

省机关事保中心自即日起到2018年11月30日受理原试点个人缴费本息退费申请。

四、退费程序

(一)提出申请。具备申请条件的单位或个人，确定需要申请退款人员名单后，填写相应的《原试点期间个人缴费本息一次性退还申请表》(以下简称“申请表”，表格可在<https://share.weiyun.com/519kAsu>下载)，并附人员名单，申请表一式两份。

(二)窗口受理。省机关事保中心原试点窗口受理单位或

个人提交的申请表以及名单，核实申请资格和人员名单，不符合条件的，一次性告知需要补充和更正的资料或不予受理的理由。

（三）审批核准。原试点窗口受理资料初审后，整理单位的个人缴费确认表、退费申请表及名单等资料，送业务审核（307公共业务科办公室）、财务复核（411财务科办公室）、稽核内审（422综合稽核科办公室），中心有关领导审批。

（四）核定支付。审批完成后，在原试点窗口打印《原试点期间个人缴费本息一次性退还支付单》（一式三份），由原试点参保单位经办人员或个人核对签字，经办机构留存两份，参保单位或个人留存一份。省机关事保中心业务部门定期整理《原试点期间个人缴费本息一次性退还支付单》，形成《原试点期间个人缴费本息一次性退还汇总表》，经审核后生成支付计划，财务部门次月支付到申请单位或个人指定账户。

五、注意事项

（一）原试点个人缴费本息一次性退还工作涉及职工权益，请各单位务必重视，认真核实，提前筹备，在规定时间内提出申请，准确报送人员名单和银行账户，在收到退还资金后30日内将个人缴费本息退还给参保人员本人。

（二）如原试点单位转入企业社保后名称发生变化，应提交主管部门证明材料，或出具对应人员的企业社保参保缴费证明，以核实原试点参保人员与新单位之间的隶属关系。

(三) 如参保人员离开原试点参保单位，且无法联系到本人，可暂不申请退费，待今后由原试点参保单位或本人提出退费申请。

(四) 原试点参保人员如存在重复领取基本养老保险待遇或参保缴费情况不属实的，应主动报告并由经办机构按政策处理，一经发现，单位应退回相关资金，并承担相关法律责任。

(五) 原试点个人缴费本息一次性退还工作在工作日均可受理，咨询电话为 0731-84900305。

附件：

- 1、原试点个人缴费本息一次性退还申请表（单位）
- 2、原试点个人缴费本息一次性退还申请名单
- 3、原试点个人缴费本息一次性退还申请表（个人）
- 4、原试点个人缴费本息一次性退还支付单

湖南省机关事业单位养老保险管理服务中心

2018年10月23日



附件 1

原试点个人缴费本息一次性退还申请表（单位）

原试点单位编码			
原试点单位名称 (加盖公章)			
申领项目	根据湘人社发（2017）17号文件规定退还原试点期间个人缴费本息		
人员名单	见附件（共 页）	总人数	
申请领取人信息			
申请领取单位名称		开户银行名称	
户 名		银行账号	
经办人姓名		联系电话	
单位承诺	<p>我单位承诺：</p> <p>1、我单位原试点个人缴费本息确认无误，申请一次性退还；</p> <p>2、我单位接收退还资金账户信息准确无误；</p> <p>3、我单位将及时足额将原试点期间个人缴费本息一次性退还给指定人员。</p>		
单位负责人签字	年 月 日		
经办机构 审核意见	业务审核：	财务审核：	稽核审核：
	业务主管：	财务主管：	经办机构负责人：

说明：本表一式二份，社保经办机构和申请人各一份。

附件 2

原试点个人缴费本息一次性退还申请名单

单位名称 (加盖公章)		原试点编码	
序号	参保人姓名	身份证号	备注
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
人数合计		总页数	

备注：1、本表一式二份，社保经办机构和申请人各一份。2、请按姓名顺序填写，以便核对数据。

附件 3

原试点个人缴费本息一次性退还申请表（个人）

原试点单位编码			
原试点参保单位名称			
原试点参保人员姓名		身份证号码	
申领项目	根据湘人社发〔2017〕17号文件规定退还原试点期间个人缴费本息		
申请领取人信息			
领取人姓名		领取人身份证号	
开户银行名称		户 名	
银行账号		联系电话	
个人承诺	<p>本人符合湘人社发〔2017〕17号文件规定的原试点个人缴费本息退还条件，个人缴费本息核对无误，以上项目真实填写，若与实际情况不符，愿承担相关责任。</p> <p>申请人签字：_____ 年 月 日</p>		
身份证复印件粘贴处		银行卡复印件粘贴处	
经办机构 审核意见	业务审核：	财务审核：	稽核审核：
	业务主管：	财务主管：	经办机构负责人：

- 说明：1、本表由参保人独立申请时使用，持本人身份证原件办理。
 2、原试点参保单位名称、编码填写应与个人缴费确认表上所写完全一致。
 3、本表一式二份，社保经办机构和申请人各一份。

附件 4

原试点个人缴费本息一次性退还支付单

原试点单位名称				
支 付 项 目	根据湘人社发〔2017〕17号文件规定退还原试点期间个人缴费本息			
支付金额合计				
领取单位名称				
开户银行名称		户名		
银 行 账 号				
经办人姓名		经办人联系电话		
退款人员明细				
序号	姓名	身份证号	原试点期间个人缴费本息一次性退还金额	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
退款总人数		退款金额合计		
经办人核对签字			时间：	年 月 日

说明：1、原试点期间个人缴费本息按湘人社发〔2017〕17号文件规定确定，由原试点单位一次性退还参保人个人。

2、本表一式三份，社保经办机构业务、财务部门各一份，参保单位留存一份。