

# Q/SHBX

## 海南省社会保险服务标准

Q/SHBX TG302. 27—2025

---

### 企业养老保险在职人员个人账户一次性清 退工作指南

2025 - 07 - 18 发布

2025 - 08 - 18 实施

海南省人力资源和社会保障厅  
海南省社会保险服务中心

发 布

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由海南省人力资源和社会保障厅提出。

本文件由海南省人力资源和社会保障厅归口。

本文件起草单位：海南省人力资源和社会保障厅、海南省社会保险服务中心、海南省社会保障卡一卡通中心。

本文件主要起草人：吴坤泽、林海、龙懋。

# 企业养老保险在职人员个人账户一次性清退工作指南

## 1 范围

本文件提供了企业养老保险在职人员个人账户一次性清退工作的服务对象、实施主体、申请条件、办理材料、办理流程、办理时限、办理途径及服务监督、评价与改进等方面的指导。

本文件适用于企业养老保险在职人员个人账户一次性清退服务工作。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 27768 社会保险服务总则  
GB/T 31596.1 社会保险术语 第1部分：通用  
GB/T 31596.2 社会保险术语 第2部分：养老保险  
GB/T 31599 社会保险业务档案管理规范  
Q/SHBX JC101.1 海南省社会保险电子档案管理规范

## 3 术语和定义

GB/T 27768、GB/T 31596.1和GB/T 31596.2 界定的术语和定义适用于本文件。

## 4 服务对象

自然人。

## 5 实施主体

全省各级社会保险经办机构。

## 6 申请条件

参保人员具有下列情况之一的，可以申请终止基本养老保险关系，并退还个人账户储存额：

- a) 出国(境)定居；
- b) 外籍人员离职回国；
- c) 退休前死亡的；
- d) 达到法定退休年龄且无法转移接续基本养老保险关系的。

## 7 办理材料

企业养老保险在职人员个人账户一次性清退,根据不同情形分别需提供以下材料(使用电子表单的,可以免填写纸质申请表单;能共享电子证照的,可以免提交证件材料):

- a) 基本养老保险清退一次性支付审批表(见附录A);
- b) 有效身份证件;
- c) 社会保障卡或银行卡原件;
- d) 定居国(境)外有关证明材料;
- e) 死亡证明材料;
- f) 代办人居民身份证原件;
- g) 代办人授权委托书。

## 8 办理流程

### 8.1 流程

企业养老保险在职人员个人账户一次性清退流程包括:受理、初审、复核、办结和归档,流程图见附录B。

### 8.2 受理

申请材料齐全,符合法定形式,审查通过后予以受理;不符合受理条件的,告知原因并退回材料;申请材料不全,退回材料并一次性告知需补齐材料。

### 8.3 初审

对材料进行初审,初审通过后进入复核环节。

### 8.4 复核

对受理、初审等过程进行核准,作出复核意见。

### 8.5 办结

根据复核意见将参保人个人账户储存额拨付到本人银行卡。

### 8.6 归档

办结事项,将相关信息材料进行归档。档案管理按 GB/T 31599 和《海南省社会保险电子档案管理规范》要求执行。

## 9 办理时限

自受理之日起,30个工作日内办结。

## 10 办理途径

线下办理:各级社会保险经办机构服务大厅窗口。咨询电话(0898-12345)。

线上办理:海南政务服务网(<https://wssp.hainan.gov.cn/>)。

## 11 服务监督、评价与改进

### 11.1 服务监督

主动向社会公示服务内容、服务流程、投诉渠道等信息，维护服务对象的知情权，接受行政监督和社会监督。

### 11.2 投诉处理

提供现场、信函、电话、网络等投诉渠道，有专门部门和工作人员负责调查，处理服务对象的投诉，并将投诉处理结果告知投诉人。

监督投诉方式：0898-12345。

### 11.3 服务质量评价与改进

11.3.1 采取内部评价与外部评价相结合，开展以服务对象满意度测评为核心要素的服务质量评价。

11.3.2 根据服务评价对服务内容、服务流程等进行优化和改进，持续提高群众满意度和公共服务效能。

## 附 录 A

(规范性)

## 基本养老保险清退一次性支付审批表

表A.1为基本养老保险清退一次性支付审批表。

表A.1 基本养老保险清退一次性支付审批表

|                                        |                                                                                                                                                                           |       |                                                    |                        |           |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| 单位编号：                                  |                                                                                                                                                                           | 单位名称： |                                                    |                        |           |
| 参保人姓名                                  |                                                                                                                                                                           | 性别    |                                                    | 身份证号码                  |           |
| 缴费类型                                   | <input type="checkbox"/> 企事业单位人员 <input type="checkbox"/> 原公务员参保 <input type="checkbox"/> 个体参保                                                                            |       |                                                    |                        |           |
| 支付类型                                   | <input type="checkbox"/> 退休前死亡 <input type="checkbox"/> 入外籍 <input type="checkbox"/> 离职回国外籍人员<br><input type="checkbox"/> 到达退休年龄但关系已无法转移 <input type="checkbox"/> 提到公务员退休 |       |                                                    |                        |           |
| 清退实际<br>缴费年限                           | 年    月    —    年    月                                                                                                                                                     |       | 清退<br>金额                                           | 含息，社保拨付前填写：<br>_____ 元 |           |
| 所在单位意见                                 |                                                                                                                                                                           |       | 社保办理意见                                             |                        |           |
| 意见：<br><br><br>（公章）<br><br>年    月    日 |                                                                                                                                                                           |       | 符合办理退保条件，材料已核。<br><br><br>经办人签名<br><br>年    月    日 |                        |           |
| 社保业务<br>部门<br>审批意见                     | 负责人签名<br>_____ 年    月    日（盖章）                                                                                                                                            |       |                                                    |                        |           |
| 领<br>取<br>人<br>信<br>息                  | 姓名                                                                                                                                                                        |       | 与参保人<br>关系                                         |                        | 身份证号<br>码 |
|                                        | 开户银行                                                                                                                                                                      |       |                                                    |                        |           |
|                                        | 户    名                                                                                                                                                                    |       |                                                    |                        |           |
|                                        | 账    号                                                                                                                                                                    |       |                                                    |                        |           |
| 经办人签名                                  |                                                                                                                                                                           |       |                                                    | 联系电话                   |           |

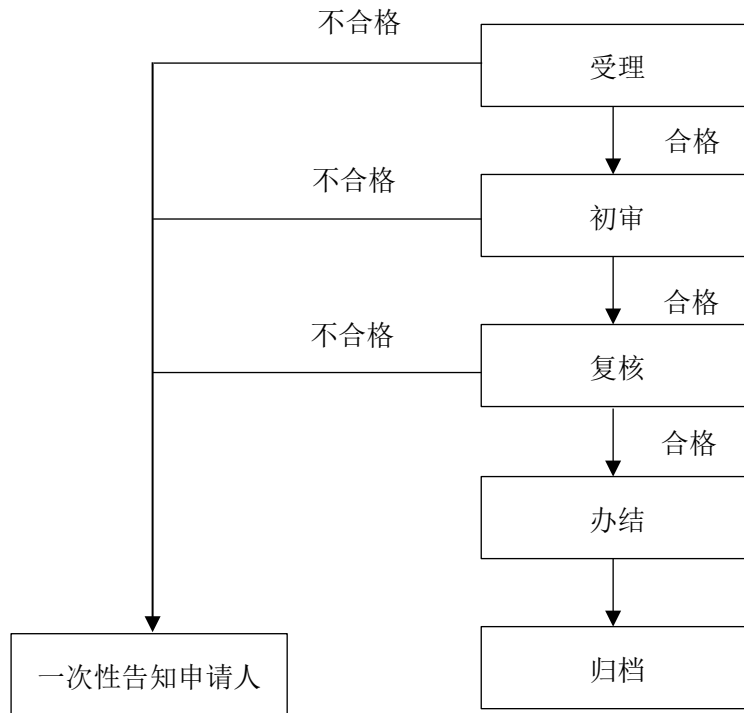
注：本表一式三份，第一联财务，第二联业务，第三联个人。

附 录 B

(规范性)

企业养老保险在职人员个人账户一次性清退流程图

图B.1为企业养老保险在职人员个人账户一次性清退流程图。



图B.1 企业养老保险在职人员个人账户一次性清退流程图

### 参 考 文 献

- [1] 《中华人民共和国社会保险法》（中华人民共和国主席令 第 35 号）
  - [2] 《国务院关于完善企业职工基本养老保险制度的决定》（国发〔2005〕 38 号）
  - [3] 《实施〈中华人民共和国社会保险法〉若干规定》（中华人民共和国人力资源和社会保障令 第 13 号）
  - [4] 《关于贯彻落实国务院办公厅转发城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法的通知》（人社部发〔2009〕 187 号）
  - [5] 《人力资源社会保障部关于城镇企业职工基本养老保险关系转移接续若干问题的通知》（人社部规〔2016〕 5 号）
-