

# 山西省人力资源和社会保障厅 山西省财政厅文件

晋人社厅发〔2025〕4号

## 山西省人力资源和社会保障厅 山西省财政厅 关于贯彻落实《企业职工基本养老保险病残 津贴暂行办法》的通知

各市人力资源和社会保障局、财政局：

为贯彻落实人力资源社会保障部 财政部《企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法》（人社部发〔2024〕72号，以下简称《暂行办法》）和人力资源社会保障部办公厅《关于做好企业职工基本养老保险病残津贴经办工作的通知》（人社厅函〔2024〕177号），保障参加企业职工基本养老保险因病或者非因工致残

完全丧失劳动能力人员的合法权益，做好相关工作，结合我省实际，将有关事项通知如下。

## **一、做好劳动能力鉴定工作**

**（一）申报主体。**参保单位负责组织本单位参保人员的劳动能力鉴定申报及准备相关资料等工作；灵活就业参保人员可由本人或者委托他人（含档案管理单位）进行劳动能力鉴定申报和准备相关资料。

**（二）初次鉴定。**申报应向待遇领取地或最后参保地市级（设区的市）劳动能力鉴定机构申请初次劳动能力鉴定。其中，在省本级参保的，向本单位省内所在地市级（设区的市）劳动能力鉴定机构申请初次劳动能力鉴定。

**（三）再次鉴定。**对初次鉴定结论不服的，可通过作出初次鉴定结论的劳动能力鉴定机构向省级劳动能力鉴定机构申请再次鉴定。省级劳动能力鉴定委员会作出的劳动能力鉴定结论为最终结论。

**（四）鉴定受理。**申请劳动能力鉴定所提供资料完整的，劳动能力鉴定机构应当及时组织鉴定，并在收到劳动能力鉴定申请之日起 60 日内作出劳动能力鉴定结论。伤病情复杂、涉及医疗卫生专业较多的，作出劳动能力鉴定结论的期限可以延长 30 日。

**（五）经费保障。**劳动能力鉴定费用按我省原有规定执行。实行收支两条线，劳动能力鉴定所需经费按现行渠道列入同级人

力资源社会保障行政部门预算。复查鉴定所需经费来源、支出内容等待国家出台具体办法后，从其规定。

## **二、做好病残津贴申领审核工作**

**（一）申领主体。**参保单位负责本单位参保人员的病残津贴申领工作；有档案的灵活就业参保人员由其档案管理部门（单位）负责，无档案的灵活就业参保人员在作出无档案材料承诺后（附件3），可由本人或者委托他人负责病残津贴申领工作。

**（二）工作或生活场所公示。**在鉴定结论出具后，符合申领条件的，须在本人工作或者生活场所进行不少于5个工作日的公示（附件4），公示期满且未发生投诉举报或者经调查核实后不影响待遇申请的，可以进行下一步申领工作。灵活就业参保人员无需公示。

**（三）做好相关政策权益告知。**参保单位应向符合条件且自愿申领病残津贴的参保人员进行权益告知，告知内容主要包括病残津贴相关政策及申领程序，填写申领病残津贴知情同意书（附件5），本人或者受托人要认真阅读并签字确认，以保障其知情权。灵活就业参保人员由首次受理部门（单位）负责权益告知，告知方式可采用书面或其他网络信息方式。有关权益内容可以从省人社厅门户网站获取。

**（四）待遇领取地判定。**在省内参加企业职工基本养老保险的参保人员待遇领取地为最后参保地。参保人员涉及跨省流动就

业，在多个省份存在养老保险关系的，参照《国务院办公厅关于转发人力资源社会保障部 财政部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》（国办发〔2009〕66号）确定待遇领取地。

领取病残津贴人员恢复缴费后，再次申领病残津贴或者申请基本养老金时，应按上述规定重新确定待遇领取地。

**（五）申领渠道。**可通过线上或者线下渠道向待遇领取地人力资源社会保障行政部门提出领取病残津贴申请。其中，省本级参保人员完全丧失劳动能力后，可由参保单位向作出劳动能力鉴定结论所在地市级（设区的市）人力资源社会保障行政部门提出领取病残津贴申请。

**（六）申请材料。**申领病残津贴时，应提供以下证件和材料：参保人员有效身份证件、居民户口簿、符合规定的完全丧失劳动能力鉴定结论、已激活银行账户功能的社会保障卡、《参保人员领取病残津贴申请表》（附件6）、本人档案、公示表、本人或者受托人签字的知情同意书。填写申请表时，填写人应对其真实性负责，字迹工整，不得涂改。

按照前述申报要求，符合无需提供本人档案、公示表情形的，不必提供。

有关部门或单位应将参保人员上述资料扫描后上传至山西人社一体化公共服务平台并填报相关信息。无档案的灵活就业参

保人员可由本人或者受托人按上述要求，携带资料按规定申领渠道履行申领病残津贴手续。

**（七）审核程序。**各级人力资源社会保障行政部门受理参保人员领取病残津贴申请后，首先要按规定判定参保人员待遇领取地，并一次性告知申请人待遇领取地确认结果。符合受理条件的，要对提供的原始资料与复印件或者扫描件进行核对，由待遇领取地市级（设区的市）人力资源社会保障行政部门对参保人员领取病残津贴资格进行初审，初审须确认参保人员档案的完整性、有效性，须对参保人员的出生年月、认定的累计缴费年限（含视同缴费年限）、申请时点、病残津贴的起领时点和领取病残津贴月数进行确认。初审通过后，按程序报省级人力资源社会保障行政部门对病残津贴领取资格进行审核确定。

**（八）人社部门网站公示。**在初审通过后，对符合病残津贴领取条件的参保人员在市级（设区的市）人力资源社会保障行政部门网站上，进行不少于5个工作日的公示（附件7），公示期满且未发生投诉举报或经调查核实后不影响待遇申请的，按程序报省级人力资源社会保障行政部门做出正式审核决定（附件8），并提供给待遇领取地社会保险经办机构，由待遇领取地社会保险经办机构告知申领人员审核结果，并为其办理病残津贴待遇核定及发放。

### 三、工作要求

**（一）落实部门职责，形成监督机制。**各市人力资源社会保障行政部门要加强《暂行办法》的组织实施和培训工作，对各类资料严格把关，对初审结果负主体责任。各级鉴定机构要根据劳动能力鉴定管理规定，加强监督，强化技术支撑，完善工作机制，配合人社行政部门做好鉴定工作。省级经办要研究制定我省病残津贴经办规程，负责全省因病或非因工致残丧失劳动能力再次鉴定及全省劳动能力鉴定复查等具体经办工作。省级信息部门要做好信息系统准备工作，加强信息比对，内部流转逐步实现全程网办，确保病残津贴政策平稳落地实施。

**（二）加强风险防范，强化底线思维。**劳动能力鉴定工作及病残津贴申领工作涉及参保人员切身利益和基金安全，各市要严格遵守劳动能力鉴定管理办法及相关政策，进一步优化工作流程，加强审核，优化服务，必要时提供上门服务，确保工作顺利实施。省级要将风险防控措施嵌入信息系统，严防通过欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取病残津贴。

各地各部门要认真研究解决工作中遇到的问题，重要情况及时报省人社厅、省财政厅。

- 附件：1. 人力资源社会保障部 财政部关于印发《企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法》的通知
2. 人力资源社会保障部办公厅《关于做好企业职工基

《本养老保险病残津贴经办工作的通知》

3. 参保人员无档案承诺书
4. 参保人员申领病残津贴公示花名表
5. 参保人员申领病残津贴知情同意书
6. 参保人员领取病残津贴申请表
7. 参保人员拟领取病残津贴公示花名表
8. 参保人员领取病残津贴审核决定书

山西省人力资源和社会保障厅



山西省财政厅

2025年2月28日



(此件主动公开)

# 人力资源社会保障部 财政部 文件

人社部发〔2024〕72号

## 人力资源社会保障部 财政部 关于印发《企业职工基本养老保险 病残津贴暂行办法》的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局）、财政厅（局）：

为保障企业职工基本养老保险参保人员的合法权益，按照党中央、国务院改革和完善养老保险制度的部署和社会保险法要求，我们制定了《企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法》。现印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。实施中遇到新情

况、新问题，请及时向两部报告。



(此件主动公开)

(联系单位：人力资源社会保障部养老保险司)

# 企业职工基本养老保险 病残津贴暂行办法

**第一条** 为对因病或者非因工致残完全丧失劳动能力（以下简称完全丧失劳动能力）的企业职工基本养老保险（以下简称基本养老保险）参保人员（以下简称参保人员）给予适当帮助，根据《中华人民共和国社会保险法》，制定本办法。

**第二条** 参保人员达到法定退休年龄前因病或者非因工致残经鉴定为完全丧失劳动能力的，可以申请按月领取病残津贴。

**第三条** 参保人员申请病残津贴时，累计缴费年限（含视同缴费年限，下同）满领取基本养老金最低缴费年限且距离法定退休年龄5年（含）以内的，病残津贴月标准执行参保人员待遇领取地退休人员基本养老金计发办法，并在国家统一调整基本养老金水平时按待遇领取地退休人员政策同步调整。

领取病残津贴人员达到法定退休年龄时，应办理退休手续，基本养老金不再重新计算。符合弹性提前退休条件的，可申请弹性提前退休。

**第四条** 参保人员申请病残津贴时，累计缴费年限满领取基本养老金最低缴费年限且距离法定退休年龄5年以上的，病残津

贴月标准执行参保人员待遇领取地退休人员基础养老金计发办法，并在国家统一调整基本养老金水平时按照基本养老金全国总体调整比例同步调整。

参保人员距离法定退休年龄5年时，病残津贴重新核算，按第三条规定执行。

**第五条** 参保人员申请病残津贴时，累计缴费年限不满领取基本养老金最低缴费年限的，病残津贴月标准执行参保人员待遇领取地退休人员基础养老金计发办法，并在国家统一调整基本养老金水平时按照基本养老金全国总体调整比例同步调整。参保人员累计缴费年限不足5年的，支付12个月的病残津贴；累计缴费年限满5年以上的，每多缴费1年（不满1年按1年计算），增加3个月的病残津贴。

**第六条** 病残津贴所需资金由基本养老保险基金支付。

**第七条** 参保人员申请领取病残津贴，按国家基本养老保险有关规定确定待遇领取地，并将基本养老保险关系归集至待遇领取地，应在待遇领取地申请领取病残津贴。

**第八条** 参保人员领取病残津贴期间，不再缴纳基本养老保险费。继续就业并按国家规定缴费的，自恢复缴费次月起，停发病残津贴。

**第九条** 参保人员领取病残津贴期间死亡的，其遗属待遇按在职人员标准执行。

**第十条** 申请领取病残津贴人员应持有待遇领取地或最后参

保地地级（设区市）以上劳动能力鉴定机构作出的完全丧失劳动能力鉴定结论。完全丧失劳动能力鉴定结论一年内有效。劳动能力鉴定标准和流程按照国家现行鉴定标准和政策执行。因不符合完全丧失劳动能力而不能领取病残津贴的，再次申请劳动能力鉴定应自上次劳动能力鉴定结论作出之日起一年后。劳动能力鉴定所需经费列入同级人力资源社会保障行政部门预算。

**第十一条** 建立病残津贴领取人员劳动能力复查鉴定制度，由省级人力资源社会保障行政部门负责组织实施。劳动能力鉴定机构提供技术支持，所需经费列入同级人力资源社会保障行政部门预算。经复查鉴定不符合完全丧失劳动能力的，自做出复查鉴定结论的次月起停发病残津贴。对于无正当理由不按时参加复查鉴定的病残津贴领取人员，自告知应复查鉴定的60日后暂停发放病残津贴，经复查鉴定为完全丧失劳动能力的，恢复其病残津贴，自暂停发放之日起补发。具体办法另行制定。

**第十二条** 省级人力资源社会保障行政部门负责病残津贴领取资格审核确定，可委托地市级人力资源社会保障行政部门进行初审。审核通过后符合领取条件的人员，从本人申请的次月发放病残津贴，通过参保人员社会保障卡银行账户发放。在做出正式审核决定前，需经过参保人员本人工作或生活场所及人力资源社会保障部门政府网站进行不少于5个工作日的公示，并告知本人相关政策及权益。

**第十三条** 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取病残津

贴的，由人力资源社会保障行政部门责令退回，并按照有关法律  
规定追究相关人员责任。

**第十四条** 本办法自 2025 年 1 月 1 日起实施。各地区企业  
职工因病或非因工完全丧失劳动能力退休和退职政策从本办法实  
施之日起停止执行。本办法实施前，参保人员已按规定领取病  
退、退职待遇，本办法实施后原则上继续领取相关待遇。

# 中华人民共和国人力资源和社会保障部办公厅

人社厅函〔2024〕177号

## 人力资源社会保障部办公厅 关于做好企业职工基本养老保险 病残津贴经办工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局）：

为贯彻落实《企业职工基本养老保险病残津贴暂行办法》（人社部发〔2024〕72号，以下简称《暂行办法》），保障因病或者非因工致残完全丧失劳动能力的企业职工基本养老保险参保人员合法权益，切实做好病残津贴经办工作，现将有关事项通知如下。

### 一、病残津贴申领

（一）申领条件。企业职工基本养老保险参保人员申请领取病残津贴，应符合以下条件：1. 未达到法定退休年龄；2. 因病或非因工致残，经最后参保地或待遇领取地地级（设区市）以上劳动能力鉴定机构按国家规定和程序鉴定为完全丧失劳动能力且鉴定结论在一年有效期内的。

（二）申请渠道。参保人员完全丧失劳动能力后，可由本人

或委托他人，通过线上或线下渠道，向待遇领取地人力资源社会保障行政部门提出病残津贴申请。

（三）申请材料。参保人员申领病残津贴时，应提供以下证件和材料：参保人员有效身份证件、居民户口簿、符合规定的完全丧失劳动能力鉴定结论、已激活银行账户功能的社会保障卡。

（四）最低缴费年限确定。参保人员申请病残津贴时，最低缴费年限以其符合条件的申请时点对应的最低缴费年限确定。多次申请病残津贴的，以最后一次符合条件的申请时点确定最低缴费年限。

## 二、待遇领取地确定

（五）待遇领取地判定规则。参保人员申请领取病残津贴的，参照《国务院办公厅关于转发人力资源社会保障部财政部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》（国办发〔2009〕66号）确定病残津贴待遇领取地。领取病残津贴人员恢复缴费后再次申领病残津贴或申请基本养老金时，应按规定重新确定待遇领取地。

（六）确定待遇领取地。申请受理地根据参保人员的参保缴费信息及户籍信息等，确定待遇领取地。

（七）养老保险关系归集。待遇领取地确认后，由待遇领取地社保经办机构发起，将各地的职工基本养老保险关系归集至待遇领取地。

## 三、领取资格审核

（八）资格审核及公示。待遇领取地省级人力资源社会保障

行政部门对病残津贴领取资格进行审核确定，也可委托地市级人力资源社会保障行政部门进行初审。审核通过后，由人力资源社会保障行政部门按照《暂行办法》规定进行公示。

（九）出具正式审核决定。公示期满且未发生投诉举报的，应由待遇领取地省级人力资源社会保障行政部门做出正式审核决定，并提供给待遇领取地社会保险经办机构。正式审核决定应包括参保人员出生年月、认定的累计缴费年限（含视同缴费年限）、申请时点、病残津贴的起领时点和定期待遇的终止时点等信息。

（十）领取月数核定。累计缴费年限不足领取基本养老金最低缴费年限的参保人员，累计缴费年限不满5年的，病残津贴领取月数为12个月；累计缴费年限5年以上（含5年），每多缴费1年（不满1年按1年计算），领取月数增加3个月。

其中，领取病残津贴人员恢复缴纳职工基本养老保险费后再次申领病残津贴时，累计缴费年限仍不满最低缴费年限的，按照累计缴费年限重新计算领取月数，已经领取病残津贴的月数相应扣减。

#### **四、待遇核定和发放**

（十一）待遇核定。待遇领取地社会保险经办机构根据正式审核决定，为参保人员核定病残津贴待遇。

（十二）待遇发放。待遇领取地社会保险经办机构自参保人员申请次月起将病残津贴发放至参保人员社会保障卡银行账户。其中，按照退休人员基本养老金计发办法领取病残津贴的人员，

其个人账户储存额按规定按月进行扣减。

(十三) 待遇调整。领取病残津贴人员按照《暂行办法》规定调整待遇水平，调整范围为上年 12 月 31 日前已按规定办理病残津贴申领手续并符合按月领取病残津贴条件的人员。调整所需资金，参照调整基本养老金的规定，分别从统筹基金和个人账户余额中列支。

(十四) 待遇重新核算。参保人员申请病残津贴时，累计缴费年限达到领取基本养老金最低缴费年限且距离法定退休年龄 5 年以上的，在领取病残津贴直至距离法定退休年龄 5 年的当月，待遇领取地社会保险经办机构不再审核是否满足最低缴费年限，根据当地退休人员基本养老金计发办法对病残津贴进行重新核算，并告知参保人员，自次月起按照重新核算的标准发放。

(十五) 资格认证。病残津贴待遇领取地社保经办机构参照当地基本养老金领取资格认证方式定期进行病残津贴领取资格认证。

(十六) 待遇停发。领取病残津贴人员发生以下情形的，应从次月起停发病残津贴：达到法定退休年龄；继续缴纳职工基本养老保险费；告知应复查鉴定的 60 日内未按规定参加复查鉴定或复查鉴定结论为未完全丧失劳动能力；死亡；未按规定通过资格认证。

## 五、待遇衔接

(十七) 遗属待遇。若参保人员在领取病残津贴期间死亡的，

其遗属待遇按在职死亡人员标准执行，遗属待遇领取地为其病残津贴待遇领取地。

(十八) 在职转退休。若参保人员在领取病残津贴期间符合领取基本养老金条件且申请弹性提前退休的，应按有关规定和程序向病残津贴待遇领取地社保经办机构提出申请。待遇领取地社保经办机构应自发放基本养老金当月起停发病残津贴。

若参保人员在领取病残津贴期间符合领取基本养老金条件且未申请弹性提前退休的，病残津贴待遇领取地经办机构应在参保人员达到法定退休年龄的次月起停发病残津贴，按规定发放基本养老金，并告知参保人员。



(此件主动公开)

(联系单位：社会保险事业管理中心)

### 附件 3

## 参保人员无档案承诺书

申领病残津贴参保人员姓名：\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，详细住址：\_\_\_\_\_，从未在机关、国有企事业单位工作，也未在户籍所在地和任何工作地的档案管理机构（单位）建立人事档案。

本人郑重承诺以上情况属实，如有不实，按照国家有关法律、法规和政策规定承担相应责任。

承 诺 人：（签字并按手印）

承诺日期：

附件 4

参保人员申领病残津贴公示花名表  
(公示时间: 20 年 月 日至 20 年 月 日)

参保单位 (档案管理部门) (公章):

监督电话:

| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 参保单位 | 鉴定结果 |
|----|----|----|------|------|------|
|    |    |    |      |      |      |
|    |    |    |      |      |      |
|    |    |    |      |      |      |
|    |    |    |      |      |      |
|    |    |    |      |      |      |
|    |    |    |      |      |      |
|    |    |    |      |      |      |
|    |    |    |      |      |      |
|    |    |    |      |      |      |

说 明:

- 1. 为保护个人隐私, 身份证号可以隐藏后四位;
- 2. 如没有参保单位, 可以填写参保身份;
- 3. 在本人工作或生活场所公示栏内公示 5 个工作日内, 接受单位职工、群众的监督;
- 4. 本表一式二份, 公示、本人档案各一份;
- 5. 监督电话由参保单位确定。

附件 5

参保人员申领病残津贴知情同意书

参保人员姓名：\_\_\_\_\_，身份证号码：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_参保单位：\_\_\_\_\_

详细住址：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_乡（街道）  
社区（村）\_\_\_\_\_门牌号，联系方式\_\_\_\_\_

受托人姓名：\_\_\_\_\_，身份证号码：\_\_\_\_\_

详细住址：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_乡（街道）  
社区（村）\_\_\_\_\_门牌号，联系方式\_\_\_\_\_

受托人与参保人员关系：\_\_\_\_\_

本人（受托人）已认真学习并充分知晓国家病残津贴政策等  
相关规定，同意申请领取病残津贴。

签    字：（签字并按手印）

单位名称：（公章）

日    期：

## 一、病残津贴相关政策

(一) 领取条件：参加企业职工基本养老保险的参保人员未达到法定退休年龄且因病或者非因工致残经鉴定为完全丧失劳动能力可以申请领取病残津贴。

(二) 待遇标准：

1. 参保人员申请病残津贴时，累计缴费年限（含视同缴费年限，下同）满领取基本养老金最低缴费年限且距离法定退休年龄5年（含）以内的，病残津贴月标准执行参保人员待遇领取地退休人员基本养老金计发办法。

2. 参保人员申请病残津贴时，累计缴费年限满领取基本养老金最低缴费年限且距离法定退休年龄5年以上的或者累计缴费年限不满领取基本养老金最低缴费年限的，病残津贴月标准执行参保人员待遇领取地退休人员基础养老金计发办法。

3. 对于累计缴费年限不满领取基本养老金最低缴费年限的参保人员，累计缴费年限不足5年的，支付12个月的病残津贴；累计缴费年限满5年以上的，每多缴费1年（不满1年按1年计算），增加3个月的病残津贴。

(三) 复查鉴定制度：建立病残津贴领取人员劳动能力复查鉴定制度，经复查鉴定不符合完全丧失劳动能力的，自做出复查鉴定结论的次月起停发病残津贴。对于无正当理由不按时参加复查鉴定的病残津贴领取人员，自告知应复查鉴定的60日后暂停发放病残津贴，经复查鉴定为完全丧失劳动能力的，恢复其病残津贴，自暂停发放之日起补发。

## 二、病残津贴申领程序

(一) 参加企业职工基本养老保险的参保人员（以下简称参保人员）向待遇领取地或最后参保地市级（设区的市）劳动能力鉴定机构申请劳动能力鉴定。

(二) 鉴定结论出具后，符合申领条件的参保人员须在本人工作或生活场所进行不少于5个工作日的公示，公示期满且未发生投诉举报或者经调查核实后不影响待遇申请的，可以进行下步申领工作。

(三) 符合申请领取病残津贴条件的人员须将准备好的材料通过线上或线下渠道向待遇领取地人力资源社会保障行政部门提出申请，申请时须如实填报相关信息，并提交必要的证明材料，申领病残津贴的同时须同意对本人养老保险账户进行一次性归集。

(四) 市级人力资源和社会保障行政部门进行初审，初审通过后，对符合病残津贴领取条件的参保人员在市级（设区的市）人力资源社会保障行政部门网站上进行不少于5个工作日的公示，公示期满且未发生投诉举报或经调查核实后不影响待遇申请的，按程序报省级人力资源社会保障行政部门做出正式审核决定，并提供给待遇领取地社会保险经办机构，由待遇领取地社会保险经办机构告知申领人员审核结果，并为其办理病残津贴待遇核定及发放。

附件 6

参保人员领取病残津贴申请表

|                                     |                                                                                                                                             |        |          |          |     |                          |     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|----------|-----|--------------------------|-----|
| 姓 名                                 |                                                                                                                                             | 性 别    |          | 出生年月     | 年 月 | 本 人<br>近 期<br>免 冠<br>照 片 |     |
| 参加工作时间<br><small>(缴费年限起始年月)</small> | 年 月                                                                                                                                         | 身份证号   |          |          |     |                          |     |
| 鉴定机构                                |                                                                                                                                             |        | 鉴定结果     |          |     |                          |     |
| 本人主要工作经历（缴费经历）                      |                                                                                                                                             |        |          |          |     |                          |     |
| 起止时间                                | 所在单位                                                                                                                                        | 缴费年限类别 | 从事特殊工作情况 |          |     |                          |     |
|                                     |                                                                                                                                             |        | 工种性质     | 从事年限     |     |                          |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 年 月至 年 月                            |                                                                                                                                             |        |          |          |     | 年 月                      |     |
| 户籍所在地                               |                                                                                                                                             | 合计折算工龄 | 年 月      | 个人账户起始年月 | 年 月 |                          |     |
| 合计缴费年限                              | 年 月                                                                                                                                         | 实际缴费年限 | 年 月      | 视同缴费年限   | 年 月 | 核减的视同缴费年限                | 年 月 |
| 本 人<br>意 见                          | 本人（受托人）已认真学习并充分知晓国家病残津贴政策等相关规定，同意申请领取病残津贴。<br><br><div>本人（受托人）签字：年 月 日</div>                                                                |        |          |          |     |                          |     |
| 单 位<br>意 见                          | 该参保人员（本人）已符合国家病残津贴相关政策，拟办理申领病残津贴手续。我单位（本人）申报材料真实有效，不存在欺诈、伪造档案和证明材料等弄虚作假行为，如有违反规定骗取病残津贴待遇的，按有关规定处理。<br><br><div>单位（本人或受托人）盖章（签字）：年 月 日</div> |        |          |          |     |                          |     |

本表一式三份，人社部门、职工单位、本人档案各一份。

## 填 表 说 明

1. 合同制职工缴费年限起始年月系指本人实际缴费开始时间。

2. 个人账户起始年月系指按相关政策要求本人应当开始参加养老保险建立个人账户的时间。

3. 视同缴费年限系指职工建立个人账户前按国家和省规定计算的连续工龄或合同制职工指数视同为“1”的缴费年限。

4. 缴费年限类别按照职工经历实际情况填写，包括：特殊工种、视同缴费、实际缴费、退役安置期、退役超安置期、服刑、开除、除名或自动离职、劳保、劳动教养、未就业、灵活就业（自谋职业）已缴养老保险费、灵活就业（自谋职业）未缴养老保险费等情况。

5. 核减的视同缴费年限系指病假劳保期间超过6个月、劳动教养处分但未开除公职其劳动教养期间、插队知识青年返城后“等待分配工作”的时间等工作经历出现中断的按国家和省规定需核减的年限。

附件 7

参保人员拟领取病残津贴公示花名表  
(公示时间: 20     年    月    日至 20     年    月    日)

监督电话:

| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 参保单位 | 出生年月 | 参加工作时间<br>(缴费年限起<br>始年月) | 领取病残<br>津贴月数 |
|----|----|----|------|------|------|--------------------------|--------------|
|    |    |    |      |      |      |                          |              |
|    |    |    |      |      |      |                          |              |
|    |    |    |      |      |      |                          |              |
|    |    |    |      |      |      |                          |              |
|    |    |    |      |      |      |                          |              |
|    |    |    |      |      |      |                          |              |
|    |    |    |      |      |      |                          |              |
|    |    |    |      |      |      |                          |              |
|    |    |    |      |      |      |                          |              |

说明:

- 1. 为保护个人隐私，身份证号可以隐藏后四位;
- 2. 如没有参保单位，可以填写参保身份;
- 3. 年月请用“XX 年 XX 月”格式填写;
- 4. 此表在市级人社部门网站公示 5 个工作日以上，接受群众监督;
- 5. 参保人员的出生时间、参加工作时间（缴费年限起始年月）、领取病残津贴月数等项目的确认以人社部门最终的审批意见为准。

## 附件 8

# 参保人员领取病残津贴审核决定书

|                      |                                                                                            |      |           |      |     |          |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|------|-----|----------|
| 姓 名                  |                                                                                            | 性别   |           | 出生年月 | 年 月 | 本人近期免冠照片 |
| 参加工作时间<br>(缴费年限起始年月) | 年 月                                                                                        | 身份证号 |           |      |     |          |
| 鉴定机构                 |                                                                                            |      | 鉴定结果      |      |     |          |
| 实际缴费年限               | 年 月                                                                                        |      | 合计折算工龄    | 年 月  |     |          |
| 视同缴费年限               | 年 月                                                                                        |      | 核减的视同缴费年限 | 年 月  |     |          |
| 合计缴费年限               | 年 月                                                                                        |      |           |      |     |          |
| 领取病残津贴月数             |                                                                                            |      |           |      |     |          |
| 市级人力资源和社会保障行政部门审核意见  | <p>经审核，该参保人员符合领取病残津贴的条件，准予从 年 月起享受病残津贴。</p> <p style="text-align: right;">盖 章： 年 月 日</p>   |      |           |      |     |          |
| 省级人力资源和社会保障行政部门审核意见  | <p>经审核确定，该参保人员符合领取病残津贴的条件，准予从 年 月起发放病残津贴。</p> <p style="text-align: right;">盖 章： 年 月 日</p> |      |           |      |     |          |

| 本人主要工作经历（缴费经历）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |        |          |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|----------|------|
| 起止时间                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 所在单位 | 缴费年限类别 | 从事特殊工作情况 |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |        | 工种性质     | 从事年限 |
| 年 月至 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |          | 年 月  |
| 年 月至 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |          | 年 月  |
| 年 月至 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |          | 年 月  |
| 年 月至 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |          | 年 月  |
| 年 月至 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |          | 年 月  |
| 年 月至 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |          | 年 月  |
| 年 月至 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |          | 年 月  |
| 年 月至 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |          | 年 月  |
| 政策摘要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |        |          |      |
| <p>1. 从 2025 年 1 月 1 日起，因病或者非因工致残完全丧失劳动能力（以下简称完全丧失劳动能力）的企业职工基本养老保险（以下简称基本养老保险）参保人员（以下简称参保人员）达到法定退休年龄前，可以申请按月领取病残津贴。</p> <p>2. 参保人员申领病残津贴签字确认时，必须同意社保经办机构对其本人养老保险账户进行一次归集。</p> <p>3. 参保人员申请病残津贴时，累计缴费年限（含视同缴费年限，下同）满领取基本养老金最低缴费年限且距离法定退休年龄 5 年（含）以内的，病残津贴月标准执行参保人员待遇领取地退休人员基本养老金计发办法。</p> <p>4. 参保人员申请病残津贴时，累计缴费年限满领取基本养老金最低缴费年限且距离法定退休年龄 5 年以上的或者累计缴费年限不满领取基本养老金最低缴费年限的，病残津贴月标准执行参保人员待遇领取地退休人员基础养老金计发办法。</p> <p>5. 对于累计缴费年限不满领取基本养老金最低缴费年限的参保人员，累计缴费年限不足 5 年的，支付 12 个月的病残津贴；累计缴费年限满 5 年以上的，每多缴费 1 年（不满 1 年按 1 年计算），增加 3 个月的病残津贴。</p> <p>6. 申请领取病残津贴人员应持有待遇领取地或最后参保地市级（设区的市）以上劳动能力鉴定机构作出的完全丧失劳动能力鉴定结论。完全丧失劳动能力鉴定结论一年内有效。</p> <p>7. 建立病残津贴领取人员劳动能力复查鉴定制度，经复查鉴定不符合完全丧失劳动能力的，自做出复查鉴定结论的次月起停发病残津贴。对于无正当理由不按时参加复查鉴定的病残津贴领取人员，自告知应复查鉴定的 60 日后次月暂停发放病残津贴，经复查鉴定为完全丧失劳动能力的，恢复其病残津贴，自暂停发放之日起补发。</p> <p>8. 参保人员领取病残津贴期间，不再缴纳基本养老保险费。继续就业并按国家规定缴费的，自恢复缴费次月起，停发病残津贴。</p> |      |        |          |      |

本表一式三份，人社部门、职工单位、本人档案各一份。

