**养老保险待遇发放方式申请书**

参保人姓名 身份证号码

因以下特殊原因：

🞎姓名生僻字

🞎身体原因

🞎其他（须注明具体原因）

特申请将养老保险待遇发放至本单位。

本单位承诺将于收到待遇后30日内将相关待遇发放给参保人（申领人），并留存发放凭证相关材料。如未在30日内发放给参保人（申领人），应在5个工作日内将相关待遇退回社会保险经办机构。

申领人（签字）： 手机号码：

年 月 日

所在单位（章）：

经办人（签字）： 手机号码：

年 月 日

备注：此表一式两份，所在单位、社会保险经办机构各留存一份。