附件3

重复领取养老保险待遇协助抵扣通知单

 （社会保险经办机构）：

当事人（姓名） ，未按时足额退回在我地重复领取的养老保险待遇，现请你单位予以协助抵扣，并将协助抵扣金额划转我处。

|  |
| --- |
| **参保人员基本信息** |
| 姓名 |  | 社会保障号码 |  |
| 协助抵扣总金额 | 小写： 元 大写： 元 |
| 月抵扣金额 |  元 | 抵扣月数 |  个月 |
| 协助抵扣起止时间 |  年 月 至 年 月 |
| **社会保险经办机构账户信息** |
| 开户银行全称 |  | 银行账号 |  |
| 开户名全称 |  |

经办人： 联系电话：

当事人确认：本人已阅知上述内容，同意由 （社会保险经办机构）按照上述月抵扣金额、抵扣月数和抵扣起止年月，从本人每月应发放的养老保险待遇中逐月抵扣，直至全部退还。

**当事人签字**： 年 月 日

社会保险经办机构（盖章）

 年 月 日

（此件一式三份，待遇清退地和待遇保留地社会保险经办机构、当事人各一份）