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）