

3. 出具受理单

办理完毕，可以从窗口工作人员处获取受理单。受理单如下：

宣城市社保医保转移接续“一件事”业务受理单

申请事项			
经办人		联系方式	
受理地点	宣城市政务服务中心人社综合窗口	咨询电话	0563-3013751 0563-2710500
所选事项			
提交材料清单	经办人： 时间： 年 月 日		
受理机构	您的申请已受理，将按规定审核办理，在承诺时限内办结，如收到需要您补正材料的通知，请持本回执和补正材料一并提交。 受理人： 受理时间： 年 月 日		
温馨提示	1.本回执是业务受理、查询的重要依据，请妥善保管。 2.如需补正材料或业务办结时，将有短信提醒，请保持手机通讯畅通。		

4. 结果反馈

发送短信/业务办结单/网上平台自助查询。

业务咨询电话：

宣城市政务服务中心人社综合窗口

0563-3015187

宣城市人力资源和社会保障局

一套材料

一站办理

一次办结

宣城市社保医保转移接续“一件事”

宣传手册



宣城市人力资源和社会保障局
宣城市医疗保障局

社保医保转移接续“一件事”窗口办理流程

1.查看指南，选择事项
2.填写申请，递交材料
3.出具受理单
4.结果反馈

1.查看指南，选择事项

请仔细阅读社保医保转移接续“一件事”办理指南，选择所要办理的事项，根据指南进行相应事项办理。

宣城市社保医保转移接续“一件事”办事指南

类别	可选服务事项		办理材料		办理时限	备注
			共性材料	其他材料		
人社服务	<input type="checkbox"/>	城镇职工养老关系转移接续	1.宣城市社保医保转移接续“一件事”联办申请表。 2.经办人身份证或第三代社保卡（现场核实）。	养老保险参保缴费证明	15 个工作日	
	<input type="checkbox"/>	机关事业单位养老关系转移接续		养老保险参保缴费证明	15 个工作日	
	<input type="checkbox"/>	城乡居民养老保险关系转移接续		养老保险参保缴费证明	15 个工作日	
	<input type="checkbox"/>	部队与城镇职工养老转移接续		养老保险参保缴费证明	15 个工作日	
	<input type="checkbox"/>	部队与机关事业单位养老转移		养老保险参保缴费证明	15 个工作日	
	<input type="checkbox"/>	城镇职工与机关事业单位养老互转		养老保险参保缴费证明	15 个工作日	
	<input type="checkbox"/>	城镇职工与城乡居民养老互转		养老保险参保缴费证明	15 个工作日	
	<input type="checkbox"/>	失业保险关系转移		养老保险参保缴费证明	15 个工作日	
缴存服务	<input type="checkbox"/>	基本医疗保险转移接续		医疗保险参保缴费证明	15 个工作日	

2.填写申请，递交材料

请根据选择办理的事项，填写《宣城市社保医保转移接续“一件事”联办申请表》，就可以办理社保医保转移接续“一件事”9个事项，并根据办事指南提交相应的材料。

宣城市社保医保转移接续“一件事”联办申请表

姓名		联系方式	
人社部门业务			
事项名称	是否办理	申请材料	
城镇职工养老关系转移接续	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	养老保险参保缴费证明	
机关事业单位养老关系转移接续	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	养老保险参保缴费证明	
城乡居民养老保险关系转移接续	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	养老保险参保缴费证明	
部队与城镇职工养老转移接续	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	养老保险参保缴费证明	
部队与机关事业单位养老转移	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	养老保险参保缴费证明	
城镇职工与机关事业单位养老互转	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	养老保险参保缴费证明	
城镇职工与城乡居民养老互转	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	养老保险参保缴费证明	
失业保险关系转移	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	养老保险参保缴费证明	
关联部门业务			
基本医疗保险转移接续	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	医疗保险参保缴费证明	
个人承诺	本人承诺以上内容及所提供材料真实有效，如与实际情况不一致，愿意承担相应责任。 <div> 签名： <div> 申请日期： 年 月 日 </div> </div>		