机关事业单位退休（职）人员死亡待遇申报表

单位名称：　　社会保险登记编号：

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>公民身份号码
（有效身份证件）</td><td></td></tr>
<tr><td>性　别</td><td></td><td>民　族</td><td></td></tr>
<tr><td>死亡时间</td><td>年　　月</td><td>实际终止年月</td><td>年　　月</td></tr>
<tr><td>退休类别</td><td>□退休 □退职</td><td>死亡原因</td><td>□烈士　□因公牺牲
□病故　□其他</td></tr>
<tr><td>安葬方式</td><td colspan="3">□火葬　□火化区非民族原因土葬
□少数民族土葬　□非火化区土葬　□其他</td></tr>
<tr><td colspan="4">参保单位意见

同意报送，以上事项填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。

单位经办人：　单位负责人：　单位名称（盖章）：
填表日期：　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">社保经办机构意见：

经办人：　复核人：　社保经办机构：（盖章）
办理日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

备注：此表一式两份,社保经办机构一份,参保单位一份.