

# 重庆市人力资源和社会保障局 关于参保单位社会保险关系市内成建制转 移有关问题的通知

渝人社发〔2014〕28号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局，北部新区社会  
保障局、万盛经开区人力资源和社会保障局：

为进一步规范参保单位社会保险关系市内成建制批量  
转移工作，结合我市实际，现将办理批量转移有关问题及  
相关业务流程通知如下，请遵照执行。

## 一、范围对象

符合以下条件的参保单位，其参保地社会保险经办机  
构应及时为其办理各项社会保险关系批量转出业务：

（一）被市内其它区县的参保单位兼并、合并或部分  
接收的参保单位；

（二）搬迁至市内其它区县的参保单位；

（三）主管税务机关发生变更的参保单位。

## 二、办理程序

（一）参保单位申报转出

参保单位向当前参保地的社会保险公共业务管理办公室提出办理跨区县转移申请，并提交以下资料：

1. 《重庆市参加社会保险单位整体转移申报表》（附件 1）；
2. 办理社会保险关系批量转出的政策依据。如：有权机关的批准文件或证明材料等。

## （二）转出地社会保险经办机构办理

1. 社会保险公共业务管理办公室审核参保单位申报的《重庆市参加社会保险单位整体转移申报表》填写是否规范、签字印章是否齐全；有权机关的批准文件或证明材料是否齐备，是否符合转移条件。

2. 社会保险公共业务管理办公室审核资料无误后，及时与转入地的社会保险公共业务管理办公室联系，告知其转入相关事项。

3. 转入地社会保险公共业务管理室确认接收参保单位及职工转入信息后，转出地社会保险公共业务管理办公室及时告知各险种经办机构，并通知参保单位到对应险种经办机构办理社会保险关系转出相关手续。

4. 各险种经办机构审核参保单位是否欠缴社会保险费，对有欠费的，应通知其完清欠费。参保单位无欠费或完清欠费后，各险种经办机构分别在《重庆市参加社会保

险单位整体转移申报表》上签字盖章确认。

5. 社会保险公共业务管理办公室汇总各险种经办机构审核意见，为参保单位及职工办理社会保险关系批量转出相关业务，并会同各险种经办机构完成业务系统转出通知的处理。

### （三）参保单位申报转入

参保单位向转入地的社会保险公共业务管理办公室提出社会保险关系跨区转入申请，并提交以下资料：

1. 经转出地社会保险公共业务管理办公室盖章确认的《重庆市参加社会保险单位整体转移申报表》；
2. 办理社会保险关系批量转入的政策依据。

### （四）转入地社会保险经办机构办理

1. 社会保险公共业务管理办公室为参保单位办理社会保险参保登记相关手续；
2. 社会保险公共业务管理办公室为参保单位及职工办理社会保险关系转移接续及缴费申报等手续，并及时告知各险种经办机构办理后续专项业务。

## 三、其他

（一）参保单位跨区发生转移的，一次性批量转移的职工人数达 100 人及以上的，由转出地社会保险公共业务管理办公室填制《重庆市参加社会保险单位市内跨区批量

转移情况申报表》（附件 2），经转入地社会保险公共业务管理办公室确认后，于批量转移办理完成的次月底（每年 12 月办理的批量转移，应在 12 月底前）报市社会保险公共业务管理办公室，由市社会保险公共业务管理办公室会同市级相关部门据此调整相关区县的社会保险扩面、征收任务。

（二）各区县（自治县）社会保险经办机构在为参保单位办理社会保险关系转移手续过程中，应认真做好相关政策宣传解释工作，为参保单位提供优质服务，务必确保参保单位及职工的各项社会保险待遇不受影响。对遇到的特殊情况和问题，应及时报告市社会保险公共业务管理办公室。

（三）本通知从 2014 年 1 月 1 日起执行。

附件：1. 重庆市参加社会保险单位整体转移申报表  
2. 重庆市参加社会保险单位区县间批量转移情况申报表

重庆市人力资源和社会保障局

2014 年 2 月 13 日



附件 1

## 重庆市参加社会保险单位整体转移申报表

单位社会保障号：

单位名称：

转出地公共业务经办 机构名称		转出 时间	
转入地公共业务经办 机构名称		转入 时间	
申请 转移 依据			
参保 单位 意见	<p>经办人：                      经办人联系电话：</p> <p>部门负责人：              单位负责人：              参保单位（章）：</p> <p style="text-align: right;">年      月</p> <p>日</p>		



转出地 社会保 险公共 业务管 理办公 室意见	经办人：            部门负责人：            单位负责人： 经办机构（章）：  年            月 日
转入地 社会保 险公共 业务管 理办公 室意见	经办人：            部门负责人：            单位负责人： 经办机构（章）：  年            月 日



转 出 地 社 会 保 险 各 经 办 机 构 审 核 意 见	养 老 保 险	<p>转出人数：</p> <p>经办人：            部门负责人：            单位负责人：</p> <p>经办机构（章）：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>
	医 疗 保 险	<p>转出人数：</p> <p>经办人：            部门负责人：            单位负责人：</p> <p>经办机构（章）：</p> <p style="text-align: right;">年    月</p> <p>日</p>



失业保险	<p>转出人数：</p> <p>经办人：            部门负责人：            单位负责人：</p> <p>经办机构（章）：</p> <p style="text-align: right;">年    月</p> <p>日</p>
工伤保险	<p>转出人数：</p> <p>经办人：            部门负责人：            单位负责人：</p> <p>经办机构（章）：</p> <p style="text-align: right;">年    月</p> <p>日</p>





<p style="text-align: center;">生 育 保 险</p>	<p>转出人数：</p> <p>经办人：            部门负责人：            单位负责人：</p> <p>经办机构（章）：</p> <p style="text-align: right;">年    月</p> <p style="text-align: left;">日</p>
<p>备注</p>	

说明：本表一式两份，参保单位和转入地社会保险公共业务管理办公室各一份。

附件 2

## 重庆市参加社会保险单位区县间批量转移情况申报表

填报单位：

填报日期：

转出地		转出时 间									
转入地		转入时 间									
批量转移情况											
单位编 号	单位名称	养老保险		医疗保险		失业保险		工伤保险		生育保险	
		转移 人数	转出 当月 缴费	转移 人数	转出 当月 缴费额	转移 人数	转出 当月 缴费	转移 人数	转出 当月 缴费	转移 人数	转出 当月 缴费

			额				额		额		额

转出地人力社保局: (章)

单位负责人:

经 办 人:

转入地人力社保局 (章) :

单位负责人:

经 办 人:

注: 1. 本表由转出地社会保险公共业务管理办公室按月汇总填写。

2. 本表原则应由转出地、转入地人力社保局分别签章; 若报人力社保局签章确有困难的, 可由转出地和转入地对应险种经办机构分别签章确认后上报。

3. 本表一式三份, 市社会保险公共业务管理办公室和转出地、转入地社会保险公共业

务管理办公室各一份。