

# 广东省人力资源和社会保障厅

---

## 转发人力资源社会保障部办公厅关于做好重复领取养老保险待遇问题处理工作的通知

各地级以上市人力资源和社会保障局：

现将《人力资源社会保障部办公厅关于做好重复领取养老保险待遇问题处理工作的通知》（人社厅发〔2021〕77号）转发给你们。处理跨省重复领取养老保险待遇的情形按此通知办理，省内重复领取养老保险待遇的情形按照我省规定处理，我省规定不明确的，参照此通知办理。



广东省人力资源和社会保障厅

2021年11月16日

公开方式：主动公开

---

# 人力资源社会保障部办公厅文件

人社厅发〔2021〕77号

---

## 人力资源社会保障部办公厅关于做好 重复领取养老保险待遇问题处理工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局），中央国家机关养老保险管理中心：

近年来，各地高度重视重复领取养老保险待遇问题，积极开展核查处理，有效防范基金流失，但跨地区跨制度重复领取养老保险待遇问题仍未得到有效解决。为维护基金安全，根据有关政策，现就进一步做好重复领取养老保险待遇问题处理工作有关事项通知如下：

### 一、加强信息共享比对，及时发现疑点信息

本通知所称重复领取养老保险待遇是指在同一制度内重复领

取养老保险待遇及跨制度重复领取养老保险待遇。

各省级社会保险经办机构（以下简称经办机构）要依托省级业务信息系统，建立企业职工基本养老保险、机关事业单位工作人员养老保险、城乡居民基本养老保险待遇领取人员信息核验比对工作机制，对省内重复领取待遇情况进行核验比对，同时通过社会保险信息比对查询系统等部级平台，对跨省重复领取养老保险待遇人员信息进行比对。对于新增符合待遇领取条件人员，各地要在核定其待遇前进行人员基础信息的真实性比对和跨地区、跨险种信息比对，发现存在疑似重复领取待遇情形的，要立即暂停其待遇核定，与当事人及重复领取地经办机构核实处理。

我部也将定期筛查比对跨地区跨制度重复领取养老保险待遇人员疑点信息，通过部级社会保险业务稽核考核系统（以下简称稽核系统），按照预设规则将疑点数据下发至重复领取地中的一个经办机构，由该经办机构负责发起核查处理，并通过稽核系统向我部反馈核查处理结果。

## 二、依托稽核系统，做好疑点信息异地协查

异地协查依托稽核系统线上办理（电子化操作流程可在稽核系统首页下载）。对于发现待遇领取人员疑似跨省重复领取待遇的，发现地经办机构应在发现当月，通过稽核系统“异地协查—重复领取协查”模块生成《疑似重复领取待遇人员信息协查函》，发起协查，并告知疑似重复领取地经办机构。

疑似重复领取地经办机构收到协查函后，应在5个工作日内

查询疑似重复领取待遇人员在本地的待遇领取情况，并通过稽核系统生成《疑似重复领取待遇人员信息协查回执》，反馈发现地经办机构。

### 三、规范经办流程，妥善处理重复领取待遇问题

经异地协查确认重复领取待遇的，按照“告知、协商、清退”的步骤处理。

#### （一）告知。

制度内重复领取企业职工或机关事业单位养老保险待遇及跨制度重复领取企业职工和机关事业单位养老保险待遇的，由月实发金额低的经办机构作为告知地。

重复领取企业职工基本养老保险待遇和城乡居民基本养老保险待遇、机关事业单位养老保险待遇和城乡居民基本养老保险待遇的，保留其企业职工基本养老保险待遇或机关事业单位养老保险待遇，清退其城乡居民基本养老保险待遇。由待遇清退地经办机构作为告知地。重复领取城乡居民基本养老保险待遇的，保留其首次领取地的城乡居民基本养老保险关系，清退非首次领取地养老保险关系，非首次领取地为待遇清退地。由待遇清退地经办机构作为告知地。

由告知地经办机构向重复领取人员送达《重复领取待遇告知书》（附件1），履行告知义务，同时暂停发放其告知地养老保险待遇。

#### （二）协商。

协商仅适用于制度内重复领取企业职工或机关事业单位养老保险待遇及跨制度重复领取企业职工和机关事业单位养老保险待遇的情形，由告知地经办机构负责实施。告知地经办机构应于送达《重复领取待遇告知书》后10个工作日内与重复领取待遇人员协商确定待遇领取地，签署《待遇领取地确认书》（附件2），并将确认书发送至重复领取地经办机构。

若当事人确认保留重复领取地养老保险关系，则告知地为待遇清退地。若当事人确认保留告知地养老保险关系，清退重复领取地养老保险待遇，则重复领取地为待遇清退地，告知地经办机构应自当事人签署《待遇领取地确认书》的次月起，恢复并补发当事人的养老保险待遇，清退地经办机构应自收到《待遇领取地确认书》的次月起，暂停发放当事人清退地养老保险待遇。

### （三）清退。

待遇清退地经办机构应根据协查、协商情况，核实重复领取待遇人员多领待遇金额和个人账户余额（城乡居民基本养老保险个人账户余额应扣除政府补贴），责令当事人退还多领的养老保险待遇，办理养老保险关系终止手续。当事人退还多领待遇后，个人账户仍有余额的，一次性退还本人。当事人确实难以一次性退还多领待遇，需申请协助抵扣的，待遇清退地经办机构可与当事人签署《重复领取养老保险待遇协助抵扣通知单》（附件3），并将加盖单位签章的协助抵扣通知单发送至待遇保留地经办机构。待遇保留地经办机构应予以协助。

对于当事人拒不配合、拒不退还多领待遇的，社会保险经办机构可以申请法院强制执行或向人民法院提起诉讼。符合失信行为情形的，依法将当事人纳入社会保险领域严重失信主体名单，实施联合惩戒。

省内重复领取待遇的情形可参照跨省重复领取待遇的清退办法处理，也可由各省自行规定。经办机构之间的账务处理参照《社会保险基金会计制度》执行。

#### 四、有关要求

##### （一）加强组织领导。

各地要把重复领取养老保险待遇问题处理工作作为防范社会保险基金跑冒滴漏风险的重要内容，明确牵头部门和责任人，压实工作责任，加大数据共享比对和数据稽核力度，力促问题早发现、早整改。

##### （二）密切协作配合。

重复领取养老保险待遇问题涉及不同地区、不同机构，各地区、各机构要加强沟通，紧密协作，共同做好政策宣传、异地协查、告知清退等工作，确保相互衔接顺畅有序，保障参保人合法权益。

##### （三）加大督导力度。

各地要加大对重复领取待遇问题核查的调度督导力度，建立工作台账，督促市县经办机构逐人逐条核实处理。对未按时限要求进行核实处理或不配合核实处理的经办机构要进行通报、约谈。

- 附件：1. 重复领取待遇告知书  
2. 待遇领取地确认书  
3. 重复领取养老保险待遇协助抵扣通知单



(此件主动公开)

(联系单位：社会保险事业管理中心)

## 重复领取待遇告知书

\_\_\_\_\_ (当事人姓名):

经异地协查确认,您(社会保障号码\_\_\_\_\_)  
于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月在本地领取(企业职工,  
机关事业单位工作人员,城乡居民)基本养老保险待遇的同  
时,在\_\_\_\_\_社会保险经办机构领取了(  
企业职工,机关事业单位工作人员,城乡居民)养老保险待  
遇,按照《人力资源社会保障部 财政部关于印发〈城乡养老保险  
制度衔接暂行办法〉的通知》(人社部发〔2014〕17号)、《关  
于做好重复领取城乡养老保险待遇核查工作的通知》(人社厅发  
〔2014〕34号)、《关于职工基本养老保险关系转移接续有关问题的  
补充通知》(人社厅发〔2019〕94号)等有关规定,此行为属  
于重复领取养老保险待遇。为做好重复领取养老保险待遇清理工  
作,现将有关事项告知如下:

一、请于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日前携带本人有效身份证件原  
件到我单位(办理养老保险待遇清理手续/签署《待遇领取  
地确认书》)。因特殊原因本人不能前来,可委托他人办理。被  
委托人需携带本人、委托人有效身份证件原件和委托书。

二、我们将按规定暂停您在本地领取的(企业职工,机

关事业单位工作人员，城乡居民)基本养老保险待遇。

三、逾期未到我单位 (签署《待遇领取地确认书》/办理养老保险待遇清理手续)，我们将向人民法院提起诉讼。符合失信行为情形的，将被纳入社会保险领域严重失信主体名单，实施联合惩戒。

特此告知。

联系人：\_\_\_\_\_电话：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

社会保险经办机构 (盖章)

年 月 日

附件 2

## 待遇领取地确认书

本人姓名\_\_\_\_\_，社会保障号码\_\_\_\_\_，  
已收到并仔细阅读《重复领取待遇告知书》。

经认真考虑，本人决定保留\_\_\_\_\_省（区、市）  
的（企业职工、机关事业单位工作人员）基本养老保险关  
系，继续在\_\_\_\_\_（社会保险经办机构）领取待  
遇，同时，清退\_\_\_\_\_省（区、市）  
（社会保险经办机构）的（企业职工，机关事业单位工作人  
员）基本养老保险待遇，并终止基本养老保险关系。

上述内容为本人真实意愿，特此确认，且不再更改。

确认人手抄确认：

\_\_\_\_\_

确认人联系电话：

确认人：（签字）

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）

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)