附件1

2024年调整退休人员基本养老金核对表

核对单位（盖章）： 社保经办机构审核：（盖章） 填报日期：2024年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 社会保障号码 | 养老保险个人编号 | 性别 | 出生年月 | 参加工作时间 | 退休时间 | 缴费年限 | 2023年12月基本养老金（元） | 总调整额（元） | 　 | 2024年1月调整后基本养老金（元） |
| 定额调整（元） | 挂钩调整（元） | 倾斜调整（元） |
| 70岁-79岁 | 80岁及以上 | 艰苦边远 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：此表一式二份，审批后由核对单位和社会保险经办机构各存一份。