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）