



سازمان تأمین اجتماعی  
مدیرعامل

بسم تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

«بخشنامه»

شماره: ۴۹۰۳، ۱۴۰۳/۳/۱  
تاریخ: ۱۴۰۳/۶/۲۹  
پیوست:

**حوزه: بیمه ای**

**موضوع: جزء «۲» بندت ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت (تنفیذ بند خ ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه)**

معاون محترم ...

مدیرکل محترم ستادی ...

مدیرکل محترم تأمین اجتماعی استان ...

باسلام و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

احتراماً؛ نظر به اینکه بند خ ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه (معافیت ایثارگران و فرزندان شهدا و آزادگان و جانبازان با حداقل دوازده ماه سابقه حضور در جبهه برای یک مرتبه از پرداخت مبلغ مابه‌التفاوت ناشی از نقل و انتقال برای پانزده سال سنوات بیمه‌ای) به موجب جزء «۲» بندت ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت تنفیذ گردیده، لذا ضمن تاکید بر اجرای بخشنامه شماره ۱۰۰۰/۹۹/۴۸۱۸ مورخ ۹۹/۶/۱ (موضوع نحوه اجرای ماده قانونی صدرالذکر) و توجه به ضوابط مقرر در بخشنامه شماره ۱۰۰۰/۱۴۰۳/۶۲۷ مورخ ۱۴۰۳/۲/۱ (قانون نقل و انتقال سوابق بیمه یا کسور بازنشستگی بین صندوق‌های بازنشستگی) از حیث رعایت نرخ مبنای محاسبه مبلغ مابه‌التفاوت و به‌روزرسانی مبلغ کسور / حق بیمه منتقله توسط صندوق مبدأ، لازم است ترتیبی اتخاذ گردد تا صرفاً فرم‌های پیوست این بخشنامه در مکاتبات مربوطه مبنای اقدام قرار گیرد.

تذکر: از آنجائیکه مزایا و امتیازات قوانین ایثارگران در طول اجرای برنامه هفتم پیشرفت به جانبازان و شهدای مدافع حرم و همچنین جانبازان و شهدای امنیت تسری یافته است، بر همین اساس تسهیلات پیش بینی شده در این قانون برای این قبیل متقاضیان مشمول نیز قابلیت اجرا خواهد داشت. مرکز فناوری اطلاعات، آمار و محاسبات و شرکت مشاور مدیریت و خدمات ماشینی تامین مکلفند با همکاری حوزه تخصصی معاونت بیمه‌ای در اسرع وقت نسبت به طراحی و ساخت نرم افزار مربوطه و پیاده‌سازی آن در واحدهای اجرایی اقدام نمایند.

مسئول حسن اجرای مفاد این بخشنامه، مدیران کل، معاونین بیمه‌ای، روسای ادارات امور بیمه شدگان، وصول حق بیمه، نامنویسی و حسابهای انفرادی استانها و مسئولین مربوطه در شعب خواهند بود.

میراثشم مهرجوی



سازمان تامین اجتماعی

«فرم پیوست شماره ۱»

## فرم درخواست بهره‌مندی از مزایای مقرر در «بند ۲» ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت (موضوع تنفیذ بند ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه)

شعبه تامین اجتماعی .....

باسلام

احتراماً؛ اینجانب ..... بیمه شده شماره ..... با کد ملی ..... از تاریخ ..... تا تاریخ ..... به اعتبار اشتغال در دستگاه/موسسه ..... دارای سابقه پرداخت کسور بازنشستگی نزد صندوق بازنشستگی ..... می باشم و:

- ۱- به موجب حکم استعفاء ( )، اخراج ( )، انفصال دائم ( )، بازخرید خدمت ( )، انتقال ( )، تغییر ساختار سازمانی ( ) (موضوع مشمولین قانون نقل و انتقال سوابق بیمه یا کسور بازنشستگی بین صندوق‌های بازنشستگی و تجمیع سوابق بیمه‌ای اشخاص مصوب ۱۴۰۲/۲/۱۱ مجلس محترم شورای اسلامی)
- ۲- ( ) به موجب درخواست تغییر اختیاری صندوق بازنشستگی و عضویت در سازمان تامین اجتماعی در اجرای ماده ۴۲ قانون برنامه سوم توسعه که طی ماده ۱۰۳ قانون برنامه چهارم و بند «ب» ماده ۲۸ قانون برنامه پنجم توسعه تنفیذ گردیده است. تقاضا دارم با توجه به خروج از عضویت صندوق قبلی و به منظور بهره‌مندی از مزایای مقرر در جز ۲ بند «ت» ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت (موضوع تنفیذ بند ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه مبنی بر معافیت ایثارگران و فرزندان شهدا و آزادگان و جانبازان با حداقل دوازده ماه سابقه حضور در جبهه برای یک مرتبه از پرداخت مبلغ مابه‌التفاوت ناشی از نقل و انتقال برای پانزده سال سنوات بیمه‌ای)، نسبت به انتقال کسور بازنشستگی حسب قوانین مربوطه از صندوق قبلی به حساب شعبه اقدام لازم معمول گردد.

توجه:

- ۱- حسب دستورالعمل اجرائی بند خ ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه، احتساب سوابق مشمولین ماده قانونی مذکور ( حداکثر برای پانزده سال )، پس از پرداخت مبلغ مابه‌التفاوت متعلقه در مهلت قانونی توسط مرجع ذیربط ( دستگاه مربوطه/بنیاد شهید و امور ایثارگران/سناد کل نیروهای مسلح- حسب مورد ) امکان پذیر خواهد بود و پذیرش سوابق منتقله مازاد بر پانزده سال منوط به واریز مبلغ مابه‌التفاوت مربوطه توسط متقاضی می باشد.
- ۲- با توجه به اینکه مطابق مفاد دستورالعمل اجرائی مذکور، بر انجام تشریفات مربوطه با رعایت مهلت‌های تعیین شده تأکید گردیده، لذا در صورت اتمام مهلت‌های مقرر قانونی، تکمیل فرآیند نقل و انتقال سوابق بین صندوق‌های بازنشستگی منوط به ارائه تقاضای مجدد خواهد بود.
- ۳- به استناد قانون نحوه تأثیر سوابق منتقله بر صندوق تامین اجتماعی برای استفاده از مزایای مقرر در قانون تامین اجتماعی مصوب ۸۰/۲/۹، "سوابق منتقله برای افرادی که پس از تاریخ مزبور از عضویت صندوق قبلی خارج و متعاقباً در ردیف بیمه‌شدگان سازمان قرار گرفته‌اند، در صورتی در احراز شرایط بازنشستگی قابل احتساب است که بیمه شده در زمان درخواست بازنشستگی حداقل سابقه پرداخت حق بیمه مقرر در قانون تامین اجتماعی (که در حال حاضر ۱۰ سال تمام است) را دارا باشد."

نشانی و تلفن تماس :

نام و نام خانوادگی و امضاء بیمه شده

شماره و تاریخ ثبت درخواست در شعبه



سازمان تأمین اجتماعی

«فرم پیوست شماره ۷»

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

بیمه شده شماره

آقای / خانم

موضوع: پذیرش سوابق خدمت دولتی

باسلام

نظر به اینکه کسور بازنشستگی جنابعالی از تاریخ تا تاریخ به مدت روز به حساب این شعبه منتقل و مابه التفاوت متعلقه نیز برابر مقررات پرداخت گردیده، لذا مدت مذکور به عنوان سوابق منتقله محسوب و به لحاظ استفاده از مزایای مقرر طبق قوانین معتبرمی باشد.

شعبه تأمین اجتماعی

رئیس                      مسؤل امور بیمه شدگان



«فرم پیوست شماره ۶»

شماره : .....

تاریخ : .....

پیوست : .....

**به : صندوق بازنشستگی**

**موضوع: اجرای جز ۲ بند «ت» ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت (موضوع تنفیذ بند خ ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه کشور)**

باسلام

احتراماً؛ عطف به نامه شماره ..... مورخ ..... در خصوص اعلام مبلغ قابل انتقال حق بیمه آقای/خانم ..... به شماره بیمه/مستمری ..... به استحضار می رساند:

در اجرای قانون نقل و انتقال سوابق بیمه یا کسور بازنشستگی بین صندوق‌های بازنشستگی و تجمیع سوابق بیمه‌ای اشخاص مصوب ۱۴۰۲/۲/۱۱ مجلس محترم شورای اسلامی، نامبرده از تاریخ ..... لغایت ..... دارای سابقه پرداخت حق بیمه نزد این سازمان بوده که مبلغ حق بیمه قابل انتقال پس از به‌روز رسانی به میزان ..... ریال می باشد. لذا چنانچه انتقال حق بیمه مورد تایید قرار دارد خواهشمند است دستور فرمائید مراتب را جهت اقدامات آتی به این شعبه منعکس نمایند.

شعبه تأمین اجتماعی

رئیس                      مسئول امور بیمه شدگان



سازمان تأمین اجتماعی

«فرم پیوست شماره ۵»

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

○ مدیریت / نمایندگی صندوق بازنشستگی کشوری در استان .....

○ اداره کل تأمین اجتماعی نیروهای مسلح در استان .....

○ صندوق بازنشستگی .....

موضوع: انتقال کسور بازنشستگی آقای / خانم

بیمه شده شماره

کد ملی

باسلام

احتراماً؛ عطف به نامه شماره..... مورخ ..... نظر به اینکه در اجرای جز ۲ بند «ت» ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت (موضوع تنفیذ بند خ ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه کشور)، مابه التفاوت متعلقه از سوی مرجع ذیربط پرداخت گردیده، لذا خواهشمند است دستور فرمائید حداکثر ظرف ۳۰ روز کاری مطابق برگ پرداخت پیوست نسبت به واریز مبلغ کسور بازنشستگی ایام مربوطه ( به مبلغ ..... ریال ) به حساب این سازمان اقدام و نتیجه را اعلام نمایند.

شعبه تأمین اجتماعی

رئیس                      مسؤل امور بیمه شدگان



«فرم پیوست شماره ۴»

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

## "اعلامیه سهم بیمه شده"

بیمه شده شماره

کد ملی

آقای / خانم

نشانی:

سلام

احتراماً؛ عطف به درخواست مورخ ..... به آگاهی می رساند:

در اجرای جز ۲ بند «ت» ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت (موضوع تنفیذ بند خ ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه کشور)، مابه التفاوت متعلقه برای سنوات مازاد بر ۱۵ سال، بالغ بر ..... ریال می باشد. به منظور احتساب سوابق دوره مذکور ، خواهشمند است :

۱- حداکثر ظرف مدت "۳" ماه از تاریخ ابلاغ این اعلامیه با مراجعه به شعبه و دریافت برگ پرداخت مابه التفاوت کسور منتقله، نسبت به واریز مبلغ فوق الذکر نزد بانک مربوطه اقدام نمایند.

۲- چنانچه مایل به تقسیط بدهی خود می باشید، حداکثر ظرف مهلت مذکور، شخصاً به این شعبه مراجعه و فرم درخواست تقسیط را تکمیل تا اقدام لازم بعمل آید .

**تذکره:** احتساب سوابق منتقله مورد نظر منوط به پرداخت کل مبلغ مابه‌التفاوت اعم از سهم بیمه‌شده و مرجع پرداخت ( حسب مورد ) خواهد بود. بدیهی است در صورتی‌که نسبت به پرداخت مابه‌التفاوت متعلقه بصورت کامل در مهلت مقرر اقدام نگردد، پذیرش سوابق مورد نظر براساس تقاضای مجدد و تجدید محاسبه مابه‌التفاوت طبق ضوابط مربوطه خواهد بود .

شعبه تأمین اجتماعی

مسئول امور بیمه شدگان

رئیس

ابلاغ	اعلامیه مذکور در تاریخ	تحویل اینجانب	گردید.
			امضاء و اثر انگشت:



«فرم پیوست شماره ۳»

شماره : .....

تاریخ : .....

پیوست : .....

### "اعلامیه سهم مرجع پرداخت"

بنیاد شهید و امور ایثارگران

ستاد کل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران

دستگاه محل خدمت :

نشانی :

موضوع: مابه التفاوت کسور بازنشستگی آقای / خانم

بیمه شده شماره

کد ملی

باسلام

احتراماً؛ در اجرای جز ۲ بند «ت» ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت (موضوع تنفیذ بند خ ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه کشور)، نامبرده طی درخواست مورخ ..... مدعی است قبلاً به اعتبار اشتغال در موسسه ..... دارای سابقه پرداخت کسور بازنشستگی نزد صندوق بازنشستگی ..... می باشد و به منظور استفاده از مزایای سوابق یاد شده، تقاضای انتقال کسور مزبور را به این شعبه ارائه نموده، که در راستای ماده ۴ دستورالعمل اجرایی یاد شده، مابه التفاوت متعلقه بالغ بر ..... ریال می باشد. خواهشمند است دستور فرمائید مطابق برگ پرداخت پیوست حداکثر ظرف مدت " ۳ ماه " نسبت به واریز مبلغ فوق الذکر نزد بانک مربوطه اقدام نمایند. بدیهی است در صورت عدم پرداخت / پرداخت خارج از مهلت مابه التفاوت مذکور، پذیرش سوابق مورد نظر براساس تقاضای مجدد بیمه شده و تجدید محاسبه مابه التفاوت با رعایت ضوابط مورد عمل خواهد بود.

شعبه تأمین اجتماعی

مسئول امور بیمه شدگان

رئیس

اعلامیه بدهی مذکور در تاریخ	به مرجع مربوطه ابلاغ گردید.	ابلاغ
امضاء و اثر انگشت:		



«فرم پیوست شماره ۲»

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

○ مدیریت / نمایندگی صندوق بازنشستگی کشوری در استان .....

○ اداره کل تأمین اجتماعی نیروهای مسلح در استان .....

○ صندوق بازنشستگی .....

بیمه شده شماره

موضوع: انتقال کسور بازنشستگی آقای / خانم

کد ملی

باسلام

احتراماً؛ در اجرای جز ۲ بند «ت» ماده ۳۱ قانون برنامه هفتم پیشرفت (موضوع تنفیذ بند خ ماده ۸۸ قانون برنامه ششم توسعه کشور)، نامبرده طی درخواست مورخ ..... مدعی است قبلاً به اعتبار اشتغال در ..... به شماره عضویت/پرسنلی ..... دارای سابقه پرداخت کسور بازنشستگی نزد آن صندوق می باشد و به منظور استفاده از مزایای سوابق یاد شده، تقاضای انتقال کسور مزبور را به این شعبه ارائه نموده، لذا در راستای دستورالعمل اجرایی مربوطه، خواهشمند است دستور فرمائید در صورتی که نامبرده کسور بازنشستگی خود را دریافت نموده است، مدارک مشروح ذیل را حداکثر ظرف ۳۰ روز کاری، جهت اقدام بعدی تهیه و به این شعبه ارسال نمایند:

الف - اولین حکم استخدامی که مستخدم به موجب آن مشمول مقررات صندوق بازنشستگی ذیربط قرار گرفته است.

ب - حکم قطع رابطه استخدامی یا تغییر نظام بیمه‌ای وی

ج - اعلام تاریخ شروع و پایان مدت پرداخت کسور بازنشستگی به همراه میزان آن با درج ایام مرخصی بدون حقوق، غیبت، ایام انفصال موقت و ...

د - اعلام اصل مبلغ حق بیمه و مبلغ حق بیمه بروز رسانی شده قابل انتقال (اعم از سهم بیمه شده و کارفرما)

شعبه تأمین اجتماعی

رئیس                      مسؤل امور بیمه شدگان

رونوشت:

- اداره

نشانی:

- آقای / خانم ..... بیمه شده شماره ..... در ارتباط با درخواست صدرالذکر جهت آگاهی و پیگیری.

نشانی: