附件

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保险注销登记表 | | | | | | |
| 单位编号： | | | | | | |
| 单位名称（章）： 填报时间： 年 月 日 | | | | | | |
| 单位法定代表人（负责人） | |  | | 单位经办人 |  |
| 注销前社会保险费是否结清 | |  | | 注销时间 |  |
| 批准注销、解散等文件名称 | |  | | 批准日期 |  |
| 注销原因 | 注销营业执照（ ） | | | | |
| 吊销营业执照（ ） | | | | |
| 破产（关闭）（ ） | | | | |
| 兼（合）并（ ） | | | | |
| 分立（ ） | | | | |
| 批准或宣布终止（ ） | | | | |
| 迁往外省市（ ） | | | | |
| 其他原因（ ） | | | | |
| 说明（ ） | | | | |
| 社会保险经办机构业务经办人意见 | | |  | | |
| 社会保险经办机构业审核意见 | | |  | | |
| 本表一式二份，参保单位和社会保险经办机构各留一份。 | | | | | |