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。 |