重庆市社会保险注销登记表

单位社会保障号：

单位名称（章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位注销的批准机关 | | |  | 单位注销批准日期 |  |
| 注销原因 | | （ ）注销/吊销营业执照  （ ）破产（关闭、解散、解体）  （ ）合（兼）并  （ ）拆分  （ ）成建制转出  （ ）其他原因  说明原因 | | | |
| 注销依据 | |  | | | |
| 参保单位  意见 | | 法定代表人（负责人）： 部门负责人： 经办人：  年 月 日 | | | |
| 社会保险  公共业务  管理办公室  审核意见 | | 单位负责人： 部门负责人： 经办人： 经办机构（章）  年 月 日 | | | |
| 各  社  会  保  险  经  办  机  构  审  核  意  见 | 养老  保险 | 经办人： 部门负责人： 单位负责人： 经办机构（章）：  年 月 日 | | | |
| 医疗  保险 | 经办人： 部门负责人： 单位负责人： 经办机构（章）：  年 月 日 | | | |
| 失业保险 | 经办人： 部门负责人： 单位负责人： 经办机构（章）：  年 月 日 | | | |
| 工伤保险 | 经办人： 部门负责人： 单位负责人： 经办机构（章）  年 月 日 | | | |
| 生育保险 | 经办人： 部门负责人： 单位负责人： 经办机构（章）  年 月 日 | | | |

注： 1. 本表由参保单位填写；

2. 本表一式两份，参保单位和社会保险公共业务管理办公室各一份。