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。