重庆市参加社会保险单位人员减少申报表

单位社会保障号：

填报单位（章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 个人编号 | 身份证号 | 减少险种 | 减少情况 | 备注 |
| 减少原因 | 时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

参保单位负责人：部门负责人：经办人：年月日

社会保险公共业务管理办公室负责人：部门负责人：经办人：年月日