

机关事业单位养老保险参保单位注销登记 申报表

单位名称：

社会保险登记编号：

批准撤销、解散 等文件名称		批准日期	
注 销 原 因	撤销 () 解散 () 合并 () 改制 () 成建制转出 ()		
参保单位需说明的情况： 单位经办人： 单位负责人： 单位名称：（公章） 填表日期： 年 月 日			
以下由社保经办机构填写			
情况备注： 经办人： 复核人： 审核人： 社保经办机构：（盖章） 办理日期： 年 月 日			

备注：此表一式两份,社保经办机构和参保单位各留存一份.