河南省参保人员终止社会保险关系申报表

单位编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 个人编号 |  | 社会保障号码 |  | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | |
| 参加工作时间 |  | 内部编号 |  | |
| 参保缴费险种 |  | | | |
| 终止原因 |  | 终止时间 |  | |
| 单位意见：  经办人： | 同意报送，以上事项填写真实。  负责人： | | | 单位盖章： 日期： |

打印日期：

- 0-

58