附表3

**单位社会保险注销登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称  |  |
| 统一社会信用代码或组织机构代码 |  | 单位编号 |  |
| 注销类型（打√） | □解散□合并□破产□撤销□其他情形 |
| 注销日期 |  |
| **告知和确认**1、缴费单位发生解散、破产、撤销、合并以及其他情形，依法终止社会保险缴费义务时，应当及时向原社会保险登记机构申请办理注销社会保险登记。 2、缴费单位应当自工商行政管理机关办理注销登记之日起30日内，向原社会保险登记机构申请办理注销社会保险登记；按照规定不需要在工商行政管理机关办理注销登记的缴费单位，应当自有关机关批准或者宣布终止之日起30日内，向原社会保险登记机构申请办理注销社会保险登记。 缴费单位被工商行政管理机关吊销营业执照的，应当自营业执照被吊销之日起30日内，向原社会保险登记机构申请办理注销登记。 3、缴费单位因住所变动或生产、经营地址变动而涉及改变社会保险登记机构的，应当自上述变动发生之日起30日内，向原社会保险登记机构办理注销社会保险登记，并向迁达地社会保险经办机构办理社会保险登记。 4、缴费单位在办理注销社会保险登记前，应当结清应缴纳的社会保险费、滞纳金、罚款。 缴费单位办理注销社会保险登记时，应当提交注销社会保险登记申请、法律文书或其他有关注销文件，经社会保险经办机构核准，办理注销社会保险登记手续，缴销社会保险登记证件。**已认真阅读以上告知内容，清楚相关权利义务，现申请办理社会保险注销登记，并终止缴纳社会保险费。**法 人（签章）： 联系电话： 填报日期： 年 月 日 |