**注销社会保险缴费登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 |  | 统一社会信用代码/纳税人识别号 |  |
| 单位社保号 |  |
| 法定代表人(负责人) |  | 经营地址 |  |
| 是否减员 |  **是□ 否□**  | 是否清欠 |  **是□ 否□** |
| 注销原因 |  |
| 用人单位（盖章）： 年 月 日 |
| 税务机关审批意见       |  税务机关盖章 年   月  日 |

办费联系人： 联系方式（手机号码）：

说明：本表一式两份，税务机关留存一份，用人单位留存一份。

