|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3  企业、机关事业单位养老保险信息变更注销申批表 | | | | |
| 单位名称 |  | 社会保险登记编号 |  | |
| 请在下列项目中选择需要办理的内容： | | | | |
| □变更登记 □暂停结算 □恢复结算  □注销登记 □补换登记证 □其 他 | | | | |
| 变更项目 | 变更前内容 | 变更后内容 | | 备注 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 需说明的情况:  单位负责人: 经办人：  年 月 日 年 月 日  （公章） | | | | |
| **以下由社保经办机构填写** | | | | |
| 初审人： | | 复核人： | | |
| 签名：  年 月 日 | | 签名：  年 月 日 | | |