**关于取消欠费时间段的报告**

市社保中心：

姓名 性别 身份证号码 本人于 年 月在 单位工作。该单位未为我缴纳 年 月至 年 月时间段养老保险费。现由于本人原因自愿放弃该时间段单位为我缴纳和本人缴纳的权力，请贵中心对我此时间段的养老保险欠费予以取消，一切后果由我自己负责。

单位（盖章） 本人签名：

年 月 日

附本人身份证（正反两面复印件）：