# 衡阳市社会保险服务中心税务征收期间参保关系撤销业务办理申请表

单位名称（盖章）： 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 退费时间段 | 退费原因 | 本人签名 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人 （签字、日期）： | 单位填表人（签字、日期）： |
| 业务科室经办 （签字、日期）： |
| 业务科室复核 （签字、日期）： |
| 业务科室审批 （签字、日期）： |

附件资料：1、申请税务征收期间参保关系撤销离职证明；2、税务征收期间参保关系撤销业务办理承诺书；3经办人身份证复印件。