

# 社 会 保 险 登 记 表

单位名称（公章） \_\_\_\_\_

申 请 日 期 \_\_\_\_\_

河南省人力资源和社会保障厅制

|                      |         |        |         |      |      |
|----------------------|---------|--------|---------|------|------|
| 单位名称                 |         |        |         | 单位简称 |      |
| 地 址                  |         |        |         | 邮 编  |      |
| 组织机构<br>代 码 证<br>信 息 | 机构代码：   |        |         |      |      |
|                      | 机构类型：   |        |         |      |      |
|                      | 有效期限：   |        |         |      |      |
|                      | 颁发单位：   |        |         |      |      |
| 批准成立<br>信 息          | 批准单位：   |        |         |      |      |
|                      | 批准日期：   |        |         |      |      |
|                      | 批准文号：   |        |         |      |      |
| 法定代表人<br>或负责人        | 姓 名：    |        |         |      |      |
|                      | 公民身份号码： |        |         |      |      |
|                      | 电 话：    |        |         |      |      |
| 经办部门及<br>负责人         | 部门名称：   |        |         |      |      |
|                      | 姓 名：    |        |         |      |      |
|                      | 电 话：    |        |         |      |      |
| 经办人员                 | 姓 名：    |        |         |      |      |
|                      | 电 话：    |        |         |      |      |
| 单位类型<br>(性质)         |         | 经费来源   |         |      | 隶属关系 |
| 主管部门                 |         |        | 编制总数    |      | 退休人数 |
| 在编人数                 |         | 其<br>中 | 财政全额拨款  |      |      |
|                      |         |        | 非财政全额拨款 |      |      |



# 填 写 说 明

1.本表由用人单位申请办理社会保险登记时填写。此表一式两份，分别由用人单位和社保经办机构留存。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.地址、邮编：按单位所在的详细地址填写，应写明所在区（县）、街（乡、镇）、路（道、胡同）和门牌号码及邮编。

4.组织机构代码证信息：指国家质量技术监督部门颁发的《中华人民共和国组织机构代码证》中的相应信息。

5.批准成立信息：指有关机关批准成立的文书或其它核准执业证件上的相应信息。

6.法定代表人或负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的分支机构，填写单位主要负责人有关信息。

7.经办部门及负责人：填写参保单位负责本单位社会保险相关业务的部门及部门负责人信息。

8.经办人员：填写参保单位办理社会保险相关业务工作人员有关信息。

9.单位类型（性质）：根据国家政策，结合实际，机关事业单位分为以下8类：1.按照公务员法管理的单位 2.参照公务员法管理的机关（单位） 3.行政类事业单位 4.公益一类事业单位 5.公益二类事业单位 6.目前划分为生产经营类但尚未转企改制到位的事业单位 7.目前尚未确定分类类型的事业单位 8.不纳入分类范围的单位。

10.经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。

11.隶属关系：按中央属、部属、省属、市属、县属、乡镇属和部队分类填写。

12.主管部门：填写参保单位的上级主管部门。无上级主管部门的，本项可以不填写。

13.编制总数：按照机构编制部门最后一次核准的各类编制总数填写。

14.在编人数：在参保单位工作并领取工资的实有在职在编人数。

15.退休人数：参保单位原在编人员中已办理退休的人数。

16.开户银行、户名、银行账号：参保单位缴纳社会保险费、职业年金的开户银行、户名及银行账号。

17.参加险种及时间、参保地：参保单位在社保经办机构参加的各类险种及参加时间、参保地，按照机关事业单位基本养老保险、城镇职工基本养老保险、职业年金、基本医疗保险、工伤保险、生育保险、失业保险、企业年金和补充医疗保险等分类填写。

18.备注：需要说明的其他情况。

19.社会保险登记编号：与颁发的社会保险登记证中编号一致，由信息系统依据编码规则自动生成，社保经办机构审核后填写。

### **1.3参保单位注销**

#### **参保单位注销（机关事业单位）**

**一、事项名称：**参保单位注销

**二、事项简述：**

1.办理内容：机关事业单位申请办理注销社会保险登记

2.适用对象：统筹地符合注销条件的机关事业单位

**三、办理材料：**

1.机关事业单位养老保险参保单位注销登记申报表；

2.编制部门出具的注销法律文件或原批准成立部门有关解散，注销的法律文件；

3.代办人公民身份证复印件。

**四、办理方式：**经办柜台现场办理

**五、办理时限：**15 个工作日

**六、结果送达：**受理结果当场送达

**七、收费依据及标准：**不收费

**八、办事时间：**工作日 9:00—12:00 13:00—17:00

**九、办理机构及地点：**

1.办理机构：禹州市机关事业单位社会保险中心

2.办公地址：禹州市政务服务中心481房间

**十、咨询查询途径：**12333 热线、现场经办窗口、网站等

**十一、监督投诉渠道：**0374-8279623

（事项联系人：禹州市机关事业单位社会保险中心 苗向阳 8288006）