

机关事业单位中断养老保险关系申报表

单位名称:

社会保险登记编号:

序 号	姓 名	公民身份证号 (有效身份证件)	中 断 原 因
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

参保单位意见:

同意报送, 以上事项填写真实, 若与实际情况不符, 愿承担相关责任。

单位经办人:

单位负责人:

单位名称: (盖章)

填表日期:

年 月 日

社保经办机构意见:

同意自办理之日次月起中断养老保险关系。

经办人:

审核人:

社保经办机构: (盖章)

办理日期:

年 月 日

备注: