参保单位养老、工伤保险减员申报表

填报单位:（盖章）　　（　　）月份　　社保编码：

序号	社会保障码（居民身份证号码）	姓　名	减员原因	备注

社保中心养老关系科意见：	社保中心工伤保险科意见：
经办人：　　复核人：　　年　月　日	经办人：　　复核人：　　年　月　日

单位法人：　　填报人：　　联系电话：　　填报日期：　　年　月　日

说明：1.本表一式三份，仅供养老保险、工伤保险使用。

2.减员原因：解除劳动关系、离职、移出、转出、退休、死亡、其它。

3.办理减员手续，可网上申报（除退休和死亡减员手续）或窗口办理(选择其一操作,不可重复申报)，受理时间截止到月底前一个工作日。

4.本表应认真填写完整字迹清晰工整，涂改无效。表格下载网址：www.fzshbx.org