附表4

浙江省机关事业单位养老保险

参保单位信息变更申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 单位编码 |  |
| 请在下列项目中选择需要办理的内容： |
| □变更登记 □暂停参保 □恢复参保 □注销登记  |
| 变更项目 | 变更日期 | 变更前内容 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 需说明的情况： 单位经办人： 联系方式： 年 月 日（单位公章） |

填 表 说 明

1、本表是参保单位到社保经办机构办理社会保险变更登记、参保暂停、参保恢复、注销登记等业务时填写。

2、单位名称：与有关机关批准成立证件或其他核准执业证件中的单位名称一致。

3、若办理单位暂停、参保恢复、注销登记业务，无需填报变更项目。

4、变更项目：参保单位变更登记的事项，如法定代表人或负责人变更、单位地址变更。

5、变更前内容：参保单位在现有社会保险信息系统中登记的内容。

6、变更后内容：参保单位需要申报变更的内容。

7、备注： 参保单位申报办理变更登记业务，需要说明的情况。

8、需说明的情况：参保单位申报办理除变更登记以外的业务时，需要说明情况的，填写本项目。

9、单位经办人：填写用人单位办理社会保险相关业务工作人员有关信息。