|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 失业保险参保单位信息登记更改表 | | | |
| 参保单位名称（公章） | xxxxxxx | | |
| 主管地税机关 |  | 是否开通12333网上申报功能 | □是 □否 |
| 统一社会 信用代码 |  |
| 单位类型 | □机关 □社会团体 □事业单位 □企业（ ) □其他（ ) | | |
| 登记类型 | □新参保 □变更 ☑注销 □其他 | | |
| **营业执照或单位法人证书** | | | |
| 发证机关 |  | | |
| 发证日期 |  | 有效期限 |  |
| **法定代表人或负责人信息** | | | |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| **备注** | | | |
|  | | | |
| **参保单位联系方式** | | | |
| 主管部门或 总机构 |  | | |
| 单位地址 |  | 单位联系电话 |  |
| 社保经办人 姓名 | xxx | 社保经办人 联系电话 | Xxxxxxxxxx |
| 社保机构 审核意见 | 经办： 复核： 社保机构（盖章） 年 月 日 | | |
| 说明： 1.本表一式二份，经社保机构审核签章后退还参保单位一份。 2.注销只需填写参保单位名称、登记类型、社保经办人姓名、社保经办人联系电话。 | | | |