**苏州市医疗保险单位注销登记表**

单位名称(章):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医保单位编号（后六位） |  | 统一社会信用代码 |  |
| 批准注销日期 |  | 批准注销文件名称 |  |
| 注销原因  （打勾选择） | 注销营业执照 （ ） | | |
| 吊销营业执照 （ ） | | |
| 破产（关闭） （ ） | | |
| 兼（合）并 （ ） | | |
| 分立 （ ） | | |
| 批准或宣布终止 （ ） | | |
| 迁往外地 （ ） | | |
| 其他 （ ） | | |
|  | | |
| 截止缴费年月 | 年 月 | | |
| 医疗保险 经办机构 审核意见 | 业务员（盖章）    年 月 日 | | |

单位填表人： 联系电话： 填表日期： 年 月 日

说明：

1.用人单位发生解散、破产、撤销、合并以及其他情形，依法终止医疗保险缴费义务时，应当在三十日内，填写本表，向原医疗保险经办机构申请办理社会保险注销登记。

2.用人单位办理社会保险注销登记手续时，应持注销登记法律文书或其他有关注销文件。

3.用人单位在办理医疗保险注销登记前，应当结清应当缴纳的医疗保险费，办妥所有职工的退工登记备案及医疗保险停保申报等手续，并办结本单位其他测试保险事项。

4.本表一式二份，用人单位、医疗保险经办机构各一份。