附件9：

城乡居民医疗保险单位注销登记申请表

单位公章：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 社会保险登记证编码 | | |  |
| 注  销  原  因 | 1.破产（ ） 2.关闭（ ） 3.撤销（ ） | | |
| 4.解散（ ） 5.被兼合并（ ） 6.清算（ ） | | |
| 7.出卖（ ） 8.出售（ ） | | |
| 9.转往外埠（ ） 10.其它（ ） | | |
| 申请注销日期 | |  | |
| 社会保险  经办机构意见 | | （盖章）  登记岗： 年 月 日 | |

单位经办人： 社保经办机构登记岗：

单位负责人： 社保经办机构（盖章）：

报送日期： 年 月 日 审核日期 年 月 日

备注：1.此表由单位填报一份。

2.填“注销原因”栏时，在相应原因的括号内打“√”。