|  |
| --- |
| 云南省机关事业单位养老保险、工伤保险缴费人员停保续保业务申请表 |
| 单位名称（章）： 单位编号：  |  | 填表时间： 年 月 日  |
| **序号** | **姓名** | **身份证号码** | **变更事项** | **变更日期** | **备注** |
| **续保原因** | **停保原因** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 单位经办人： 单位负责人：  |
| 单位经办人联系电话： |  |  |  |  |
| 填表说明 |
| 1.变更事项：续保原因包含调入等；停保原因包含辞职（退）、调出、开除、退休等。 |
| 2.变更日期：续保人员填写具体人员在本单位起薪时间；停保人员填写工资发放截止时间。 |
| 3.姓名、证件号码等相关信息据实填写。 |