**苏州工业园区住房公积金参保人员减少表**

单位代码： 单位名称（盖章）：档案编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 证件号码 | 离职时间 | 减少原因 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

经办人; 联系电话： 经办机构核准盖章： 填报日期: 年 月 日

**说明：**

1.本表一式两份，单位、经办机构各一份。

2.本表供单位参保人员减少时填写。

3.减少原因选择：⑴合同期满，⑵单位解除合同，⑶个人解除合同，⑷双方协商一致解除，⑸到达法定退休年龄，⑹出国，⑺服刑，⑻死亡或失踪，⑼企业裁员，⑽企业破产，⑾企业关闭或企业撤销、解散。