|  |  |
| --- | --- |
| **附件1：**鄂州市社会保险缴费工资基数申报核定表 |   |
| **年  度** |   |
|  |  |  |  | **单位：人、元** |   |  |
| **单 位 名 称** |  | **地    址** |  |   |
| **单 位 编 号** |  | **社会保险登记证编码** |  |   |  |
| **单 位 类 型** |  | **经 济 成 分** |  | **单位所属区域** |  |   |  |
| **税务登记证号** |  | **组织机构代码** |  |   |  |
| **支付银行户名** |  | **支付银行基本账号** |  |   |  |
| **单 位 电 话** |  | **专 管 员 姓 名** |  | **专管员电话** |  |   |  |
| **养老保险申报情况** | **在职职工人数** |  | **单位缴费基数(月)** |  | **个人缴费基数（月）** |  |  |
| **失业保险申报情况** | **在职职工人数** |  | **单位缴费基数(月)** |  | **个人缴费基数（月）** |  |  |
| **医疗保险申报情况** | **在职职工人数** |  | **单位缴费基数(月)** |  | **个人缴费基数（月）** |  |  |
| **退休职工人数** |  | **单位缴费基数(月)** |  |  |
| **工伤保险申报情况** | **在职职工人数** |  | **单位缴费基数(月)** |  |  |
| **生育保险申报情况** | **在职职工人数** |  | **单位缴费基数(月)** |  |  |
| **社会保险参保单位申报意见** | **劳资负责人：（签章）                           年  月  日** | **法定代表人：（签章）                                     单位：公章                                       年  月  日** |
| **账务负责人：（签章）                           年  月  日** |
| **工会负责人：（签章）                           年  月  日** |
| **审核人意见** | **审核人：（签章）                        年  月  日** | **复核人：（签章）                                      年  月  日** |