A 0 6 1 3 5

条形码

<纳税人盖公章区>

9CM\*3CM

# 社会保险费缴费申报表（ 适用单位缴费人）

\*用人单位名称： \*纳税人识别号： 申报性质：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | \*社会保险经办机构 | \*单位社保 编 号 | \*参 保费 种 | \*征 收品 目 | \*征 收子 目 | \*费款所属日期起 | \*费款所属日期止 | 缴费人数 | 职工工资总额 | 缴费基数 | \*费率 | \*本期应缴费额 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 = 11 \* 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*合 计 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| \* 缴 费 人 申 明 | 本单位所申报的社会保险费真实、准确并完整， 与事实相符。法定代表人（ 负责人） 签名：年 月 日 | \* 授 权 人 申 明 | 我单位授权 为本单位代理申报人， 任何与申报有关的往来文件， 都可寄此代理机构。委托代理合同号：授权人：年 月 日 | \* 代 理 ⼈ 申 明 | 本申报表是按照社会保险费有关规定填报， 我确认其真实、完整并合法。代理人（ 签章）：经办人：年 月 日 |
| \*税务机关受理人： | \*受理税务机关: | \*受理日期： 年 月 日 | 备注： |

# 社会保险费缴费申报表（ 适用单位缴费人）

【表单说明】

1. “⽤⼈单位名称”指《营业执照》《组织机构代码证》或其他核准证照上的“名称”。
2. 有多个险种分⾏填写各项信息。
3. “缴费⼈数”：分险种填写申报当⽉实际缴费⼈数。
4. “缴费基数”：填写申报当⽉实际缴费⼯资总额。
5. “职⼯⼯资总额”：填写本期职⼯申报的本⼈⼯资总额。
6. 表中所有⾦额单位:元（列⾄⾓分）。
7. 如本页不够，可另附续表。
8. 本表⼀式两份，⼀份缴费⽤⼈单位留存，⼀份税务机关留存。