附件2

南通市2021年度社会保险缴费基数申报花名册

单位名称（盖章）： 社会保险编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓 名 | 身份证号码 | 申报月 缴费基数 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合 计 | | | |  |  |

说明：

（1）本表填列单位申报时所有在职参保缴费人员；

（2）职工月缴费基数下限为3368元，上限为19335元；

（3）申报月缴费基数单位为元，四舍五入，不保留小数；

（4）本表一式两份，单位与社会保险经办机构各一份。

法人代表： 填表人：