|  |
| --- |
| **企业职工社会保险缴费基数调整表** |
| 单位全称（盖章）： |  结算期： 年 月 | 单位编号： |  |
| **序号** | **个人编号** | **姓名** | **公民身份号码（社会保障号）** | **开始年月** | **调整前月缴费基数（元）** | **调整后月缴费基数（元）** | **个人签字** | **备注** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | 人 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日 |