附件1

南通市2021年度社会保险缴费基数申报表

社会保险编号： 单位：人、元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位简况 | 单位名称 | | |  | | | | | | | | |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | | |
| 组织机构代码  （统一社会信用代码） | | |  | | | | | | | | |
| 联系人 | | |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 应参保人数 | |  | | 申报人数 | |  | | 申报月缴费  基数总额 | |  | | |
| 其他需要说明的情况： | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 本申报表的申报对象已包括所有应参保人员，是按国家人力资源和社会保障有关规定填报的，申报情况是真实的，相关申报情况已通报职工知晓。如有虚假，本单位愿承担法律责任。 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | 法定代表人（签章）： | | | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | | 年 月 日 | | | | |  |
| 社会保险经办机构受理意见： | | | | | | | | | | | | |
|  | 经办人： | | | | | |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  | | 年 月 日 | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |

说明：

（1）本表附《南通市2021年度社会保险缴费基数申报花名册》；

（2）本表一式两份，单位与社会保险经办机构各一份。

单位填表人： 申报日期： 年 月 日