|  |
| --- |
| **社会保险费综合缴费申报表** |
| 填报单位（盖章）： |  |  | 费款所属期： | 　 | 　 | 金额单位：元列至角分 |
| 统一社会信用代码/纳税人识别号 | 　 | 单位社保号 | 　 |
| 单位地址 | 　 | 联系人 | 　 | 电话 | 　 |
| 项目 | 工资薪金 | 应缴费工资 | 险种项目 | 计费率(%) | 应缴费额 | 小计 |
| 人数 | 参保人数 | 收入总额 | 薪金总额 |  | 单位 | 个人 | 单位 | 个人 |  |
| 在职人数 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 退休人数 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 　 | 　 | 　 |  |  |  | 　 | 　 |  |
| 总人数 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 合计缴费金额 |  |  |  |
| 增员人数: |  |  | 减员人数: |  | 增减员记录数: |  |  | 申报记录数: |  |
| 参保单位声明：该缴费申报表是根据国家社会保险费法律法规的有关规定填报，我确定它是真实的、可靠的、完整的。如有虚假，我愿意承担法律责任。 |
| 参保单位负责人： | 　 |  经办人： | 　 |  填报日期:  | 　 |  |  |
| 税务机关受理人： | 　 | 　 |  受理日期： | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 说明：本表一式两份，用人单位每月办理申报、缴费时报送至税务机关。 | 　 |  |