**社会保险费补缴申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 统一社会信用代码/纳税人识别号 |  | 单位社保号 |  |
| 单位名称 |  | 单位成立时间 |  |
| 办费联系人 |  | 联系方式（手机号码） |  |
| 单位申请补缴险种及补缴人数 | **险种** | **补缴人数** |
| 养老保险 |  |
| 失业保险 |  |
| 工伤保险 |  |
| 医疗保险 |  |
| 生育保险 |  |
| 申请补缴原因 |  |
| 申请单位声明　 | 本申请表所填内容正确无误，所提交的资料真实有效。如有虚假愿承担相应法律责任。经办人签名： 单位盖章：  年 月 日  |
| 税务机关受理情况 | 受理人签名： 受理日期： 年 月 日（盖受理章） |

说明：1.本表一式两份，税务机关、用人单位各留存一份。

2.用人单位申请补缴所属期2011年7月前的社会保险费，由税务机关受理并传递给社会保险经办机构核定；申请补缴所属期2011年7月（含）后的社会保险费，由税务机关受理并核定。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人社保号 | 姓名 | 身份证号码 | 补缴费款所属期起 | 补缴费款所属期止 | 补缴险种 | 补缴时段户籍类型 | 申报缴费工资 | 补缴员工签名确认　 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老保险□ 失业保险□ 工伤保险□医疗保险□ 生育保险□ | 城镇□ 农村□  | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老保险□ 失业保险□ 工伤保险□医疗保险□ 生育保险□ | 城镇□ 农村□ | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老保险□ 失业保险□ 工伤保险□医疗保险□ 生育保险□ | 城镇□ 农村□ | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老保险□ 失业保险□ 工伤保险□医疗保险□ 生育保险□ | 城镇□ 农村□ | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老保险□ 失业保险□ 工伤保险□医疗保险□ 生育保险□ | 城镇□ 农村□ | 　 |  |
| 本申请表所填内容正确无误，所提交的资料真实有效。如有虚假愿承担相应法律责任。 （单位盖公章） |