**社会保险费补缴申请表（明细表）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人社保号 | 姓名 | 身份证号 | 补缴所属期起 | 补缴所属期止 | 补缴险种 | 补缴时段户籍类型 | 补缴缴费基数 | 补缴员工签名确认　 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老□ 失业□ 工伤□ 医疗（含生育）□ |  | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老□ 失业□ 工伤□ 医疗（含生育）□ |  | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老□ 失业□ 工伤□ 医疗（含生育）□ |  | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老□ 失业□ 工伤□ 医疗（含生育）□ |  | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老□ 失业□ 工伤□ 医疗（含生育）□ |  | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老□ 失业□ 工伤□ 医疗（含生育）□ |  | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 养老□ 失业□ 工伤□ 医疗（含生育）□ | 　 |  |  |
| 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： （单位盖公章）  年 月 日 |