|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **社会保险费补缴申请表（汇总表）** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |
| 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 | |  | |
| 办费经办人 |  | | | 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（含生育保险） | | |  | | | |
| 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 | |  |
|  | | | | | | | |