|  |
| --- |
| **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 |  |
|  |