

## 社会保险费补缴申请表

统一社会信用代码/纳税人识别号	4401XXXXXXXXXX		单位社保号	HXXXXXXXX
单位名称	广州市 XXXX 有限公司		单位成立时间	19XX 年 XX 月 XX 日
办费联系人	李四		联系方式(手机号码)	13XXXXXXXX
单位申请补缴险种及人数	险种	参保人数	险种	参保人数
	养老保险	XX	医疗保险	XX
	失业保险	XX	生育保险	XX
	工伤保险	XX		
申请补缴原因 (按规定无需“五险”齐参的,需说明情况)	XXXXXXXX (据实填写)			
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: 李四 单位法人签名: 张三 (单位盖章) 20XX 年 XX 月 XX 日			

说明: 1. 税务部门将按有关规定征收滞纳金。

2. 本表一式一份, 税务机关留存。

3. 申请单位必须在本表(单位盖章)处加盖公章, 无公章不予受理。

4. 温馨提示(重要):

(1) 《城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法》(国办发〔2009〕66号)第五条第二点规定: “对男性年满50周岁和女性年满40周岁的, 应在原参保地继续保留基本养老保险关系, 同时在新参保地建立临时基本养老保险缴费账户, 记录单位和个人全部缴费。参保人员再次跨省流动就业或在新参保地达到待遇领取条件时, 将临时基本养老保险缴费账户中的全部缴费本息, 转移归集到原参保地或待遇领取地。”

(2) 《关于城镇企业职工基本养老保险关系转移接续若干问题的通知》(人社部规〔2016〕5号)第四点规定: “关于一次性缴纳养老保险费的转移。跨省流动就业人员转移接续养老保险关系时, 对于符合国家规定一次性缴纳养老保险费超过3年(含)的, 转出地应向转入地提供人民法院、审计部门、实施劳动保障监察的行政部门或劳动争议仲裁委员会出具的具有法律效力证明一次性缴费期间存在劳动关系的相应文书。”



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)

公  
音

说明：1. “补缴所属期起止”请按社保年度填写，如：2012年社保缴费年度为2012.7.1-2013.6.30。

2. 若参保人是雇主的，须在备注栏内注明，否则默认为雇员。