**社会保险费缴费申报表**

**（适用单位缴费人）**

\*用人单位名称：

 \*纳税人识别号：        \*社会保险费管理码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*序号 | \*单位 社会保险费管理码 | \*费种 | \*品目 | \*子目 | \*费款所属期起 | \*费款所属期止 | 缴费 人数 | 缴费基数 | \*费率 | \*应缴费额 | 本期减免费额 | \*实缴费额 | 应补（退）费额 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14=11-12-13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*合计 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |  |  |  |  |
| 销售（营业）收入 |  | 在职职工工资总额 |  | 职工总人数 |  | 上年安排残疾人就业人数 |  |
| \*缴费人申明 | 本单位所申报的社会保险费真实、准确并完整，与事实相符。法定代表人（负责人）签名： 年 月 日 | \*授 权 人 申 明 | 我单位授权为本单位代理申报人，任何与申报有关的往来文件，都可寄此代理机构。委托代理合同号：授权人： 年 月 日 | \*代理人申明 | 本申报表是按照社会保险费有关规定填报，我确认其真实、完整并合法。代理人（签章）：经办人：  年 月 日 |
| \*税务机关受理人： | \*受理日期： 年 月 日 | 备注： |

【表单说明】

1.标记“\*”为必填项目，未标记“\*”栏目由各地税务机关根据当地情况提出填写要求。

2.有多个险种分行填写各险种信息。

3.“用人单位名称”指《营业执照》《组织机构代码证》或其他核准证照上的“名称”。

4.“在职职工”是指用人单位在编人员或依法与用人单位签订1年以上（含1年）劳动 合同（服务协议）的人员，季节性用工应当折算为年平均用工人数，以劳务派遣用工的，计入派遣单位在职职工人数。

5.“上年实际安排残疾人就业人数”依据残疾人就业服务机构核定后数据填写 ，如用人单位安排1名持有《中华人民共和国残疾人证》（1至2级）或《中华人民共和国残疾军人证》（1至3级）的人员就业的，按照安排2名残疾人就业计算。

6.如本页不够，可另附续表。

7.表中所有金额单位:元（列至角分）。

8.本表一式二份，一份缴费用人单位留存，一份税务机关留存。