

											
*合计	--	--	--	--	--	--	--	--	--			
* 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：				*受理税务机关：				*受理日期： 年 月 日		备注：		

【表单说明】

1. “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”。
2. 有多个险种分行填写各项信息。
3. “缴费人数”：分险种填写申报当月实际缴费人数。
4. “缴费基数”：填写申报当月实际缴费工资总额。
5. “职工工资总额”：填写本期职工申报的本人工资总额。
6. 表中所有金额单位：元（列至角分）。
7. 如本页不够，可另附表。
8. 本表一式两份，一份缴费用人单位留存，一份税务机关留存。