机关事业单位社会保险缴费基数申报表

年度

单位名称： 单位编号： 统一社会信用代码： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 社会保障号码 | 发放工资起止月份 | | 年工资总额 | 月平均  工资 | 备注 |
| 起始月 | 终止月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工资合计 | | —— | —— | —— |  |  |  |

填报人签字： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

社会保险费申报缴费承诺：

根据社会保险法及国家和山东省相关政策规定，我单位就 年（ 月— 月）社会保险缴费基数申报有关事项郑重承诺如下：

一、切实维护参保职工社会保险合法权益，确保应缴尽缴，我单位如实申报职工个人的缴费基数，并经职工本人签字认可、公示且核对无误；如有不实，愿为此承担有可能引发的一切责任。

二、我单位严格按照相关文件规定申报单位缴费基数，如存在瞒报工资总额或职工人数现象，责任自负并愿意接受相关处罚。

单位名称（盖章）： 法定代表人或单位负责人(签名)：