附件2

2023年度社会保险缴费基数申报表

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（身份证号码） | 发放上年工资  起止月份 | | 上年工资总额 | 上年月平均  工资 | 本年月缴费基数 | 本人签字 | 备注 |
| 起始月份 | 终止月份 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 缴费工资合计 | | —— | —— | —— |  |  |  |  |  |

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)： 社保机构经办人：

|  |
| --- |
| 《社会保险缴费基数申报表》  填写说明   1. 单位名称（盖章）：填写在市场监管部门开户的全称，加盖单位公章。在市场监管部门开户的全称与在社保中心开户名称不同的，应根据流程申请维护参保单位信息。 2. 单位编号：单位所属的社保系统编号（10位）。   3、统一社会信用代码（18位）：管理信息系统不符或缺失的，根据流程申请维护参保单位信息。  4、承诺事项：请仔细阅读并确认，不能修改。 |