附件1

淮北市2023年社会保险缴费基数申报稽核表

单位编码：

单位名称（盖章）： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 2022年 月平均工资 | 险种 | | | 职工签字（是/否） |
| 企业职工养老 | 失业 | 工伤 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |
| 我承诺我单位遵守社会保险缴费基数申报核定的有关规定，据实提供了本单位所有人员财务工资统计数据资料，并对提交的相关报表及资料的真实性、合法性负责；缴费个人的社会保险缴费基数都已经过职工本人亲笔签名确认，本次申报的2022年度职工月平均工资是真实可靠的。若有不实之处，由此产生的后果由本单位承担全部责任，并愿意接受有关部门的依法处理。  法定代表人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | |

注：1.在险种栏内参加企业养老、失业、工伤险种，填“是”；未参加填“否”。

2.各参保单位务必做实参保职工缴费基数确认工作，并在“职工签字”栏内，填写“是”，确未签字确认的填“否”，并另附材料说明原因。

3.2022年月平均工资作为职工2023年职工缴费基数核定标准，请如实填写。

附件2

淮北市2023年度社会保险缴费基数申报表

**（企业职工养老保险、失业保险、工伤保险）**

单位名称（公章）： 单位编号： 填报时间： 年 月 日 单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 职工上年度月平均工资 | 职工本人签字 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |
| 备注：1、职工需认真核对单位填报的本人姓名、编号、身份证号码及上年度月平均工资额等，并签名确认。  2、本表由单位留存。 | | | | | |

单位经办人（签字）： 单位负责人（签字）：