|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位编号 |  | 单位全称 |  |
| 职工姓名 |  | 公民身份号码（社会保障号码） |  |
| 个人编号 |  | 联系电话 |  |
| **补 缴 明 细 情 况** |
| 补缴起止年月 | 当年职工月平均工资（元） | 备注 |
| 至 |  |  |
| 至 |  |  |
| 至 |  |  |
| 至 |  |  |
| 至 |  |  |
| 累计补缴年月 | 年 月 |
| **附 报 材 料** |
| 附件1 |  |
| 附件2 |  |
| 附件3 |  |
| 附件4 |  |
| 申报单位承诺 | 我单位提供的以上附件材料\_\_\_\_\_件，与原始材料内容完全一致。我单位承诺在申请补缴过程中所提交的各项材料均符合国家法律法规之规定，完整准确、真实有效。我单位将严格遵守本承诺，如有违背，同意将违反承诺情况作为失信信息记入公共信用信息平台，同时承担相应法律责任。单位经办人： （单位盖章）手机号码： 年 月 日 |
| 本人意见 | 签名：年 月 日 | 社保经办机构审核意见 | 年 月 日 |

社会保险费补缴申请审核表

说明：1.单位需附报相关法律文书、劳动合同、工资发放财务凭证等原始资料；

2.当年职工月平均工资难以确定的，填写栏目可为空，由社保经办机构按省统一规定确定；

3.此表一式二份，单位、社保经办机构各一份。