附件 15

单位名称：

个人账户维护申请表

单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人基本信息 | | | | | | | |
| 姓 名 | 证件号码 | | | | 个人编号 | | |
|  |  | | | |  | | |
| 账户维护类别 | | | | | | | |
| □补建  账户 | □删除  账户 | □修改  账户 | | □合并  账户 | □机关账户  □军人账户  □只建基数 | | |
| 补建账户原因： | | | | | | | |
| 起止时间段 | 月补记基数 | | 单位缴费  账户比例 | | 单位划转  账户比例 | 个人缴费账户 比例 | 个人划转 账户比例 |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
| 单位签章  年 月 日 | 参保人员签章  年 月 日 | | 审核人签章  年 月 日 | | (股、科、处) 负责人签章  年 月 日 | 中心领导签章  年 月 日 | 维护员签章  年 月 日 |

备注：如审核的补记基数超过岗平工资 3 倍，按岗平工资 3 倍基数补记。