附件 6

应办未办参保登记协商确认申请表

申请日期 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 |  | 统一社会  信用代码 |  |
| 职工姓名 |  | 职工  证件号码 |  |
| 职工在用人单位  应办未办参保登  记时段 | \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月  \_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月  与本单位存在劳动关系 | | |
| 职工确认意见 | (签字) | 用人单位确 认意见 | (签章) |
| 原始材料  名称： |  | | |