附件 11

江西省用人单位补缴社会保险费核定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 证 件  号 码 | |  | | 个人编号 | |  |
| 汇总单位  编号 |  | 子单位  编号 | |  | 子单位  名称 |  | | |
| 申请补缴  险种 | □ 企业职工基本养老保险 □ 机关事业单位基本养老保险  □ 工伤保险 □ 职业年金 □ 失业保险 | | | | | | | |
| 申请补缴  时间 | 年 月至 年 月 | | | | | 月 数 | | 个月 |
| 补缴基数  (单位：  元/月) | 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- | | 年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数： | | 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- 年 月- | | 年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数：  年 月，基数： | |
| 申请补缴 原因 | 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | |
| 审核人员 意见 | 年 月 日 | | | | | | | |
| (科室) 处 室领导意见 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 中心领导 意见 | 年 月 日 | | | | | | | |