**机关事业单位基本养老保险参保人员业务申报表**

单位名称（盖章）： \*\*\*\*\*\* 社会保险登记编号： 申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人 状态 | | 个人 编号 | 姓名 | 公民身份  号码 | 申报项目 | | | | | | | | | 具体内容 | | 备注 |
| 在 职 | 退 休 | 新增 | 转入 | 转出 | 暂停 | 恢复 | 补缴 | 退费 | 终止 | 其他 | 起/止年月 | 缴费  基数 |
| 1 | \*\* |  |  | \*\*\* | \*\*\*\*\*\*\*\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  | yyyymm-yyyymm | \*\*\*\* |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。**  单位经办人： \*\*\*\* 联系电话： \*\*\*\*\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | |

社保初审人： 社保复核人: 社保审核人： （根据实际业务环节签章）

年 月 日 年 月 日 年 月 日