社会保险单位参保信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 统一社会  信用代码 | | | |  | | | | 纳税人  识别号 | | | |  | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | | 隶属关系 | |  |
| 单位性质 | | | □机关单位 □参公事业单位 □公益一类事业单位 □公益二类事业单位 □监督管理类事业单位 □生产经营活动事业单位 □参公社会团体 □非参公社会团体 □企业 □民办非企业单位 　 □个体工商户 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | | 姓名 | | |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | |
| 开户银行 | | |  | | | | 户名 | | |  | | | | |
| 银行帐号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 经办  人员 | 姓名 | |  | | | | | | 所在部门 | | |  | | |
| 手机号码 | |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 参保  险种 | | □机关事业养老保险 □企业养老保险 □医疗保险 □工伤保险  □生育保险 □失业保险 □其他（） | | | | | | | | | | | | |
| **以下机关事业单位及社会团体填报** | | | | | | | | | | | | | | |
| 经费来源 | | |  | | 主管部门 | |  | | | | | | | |
| 最新核编人数（含纪检、军转） | | | | | | |  | | | | 退休人数 | | |  |
| 机关在编  人数 | | |  | | 公务员  人数 | |  | | | | 后勤服务人数 | | |  |
| 参公在编  人数 | | |  | | | | 事业在编人数 | | | | | | |  |
| 单位声明 | | | 本单位依法申请社会保险登记，承诺填报信息真实、准确、完整，请予办理。  单位（盖章） 机关事业主管单位人事部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 社保经办机构意见 | | | 1. 经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。  2. 经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记：  □机关事业养老保险 □企业养老保险 □医疗保险 □工伤保险  □生育保险 □失业保险 □其他（ ）  经办人签字： 社保经办机构（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

**备注:**本表一式两份，受理后社保经办机构、申报单位各执一份。