表单号：0800122-H2

社会保险职工增减表

单位名称（盖章）： 单位编码：654321

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身 份 证 号 码 | | 姓 名 | 申报工资（元/月） | 参保类型 | 变更类别 | | 本次增减时间 | 户口性质 | 手机号码 | 通讯地址 | 备注 |
| 增加 | 减少 |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | 330302XXX | 张三 | 5000 | 1 | √ |  | 2018.11 | 1 | 13777XXX | 温州市鹿城区XXX |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：李四 联系电话： 8886XXXX 社保机构经办人： 年 月 日

**填表说明：**1. 第4栏用代码填报：①五险-职工医保一档、②五险-职工医保二档、③单独工伤。职工医保二档参保对象仅限非温州市户籍且未曾在本单 位参加职工医保一档的职工。

2. 第5栏请勾选，变更类型为减少时，只需填报第1、2、6栏。

3. 第6栏填报参保缴费开始或停止时间，格式为YYYYMMDD。

1. 第7栏用代码填报：①省内非农业户口、②省内农业户口、③省外非农业户口、④省外农业户口。
2. 本表仅限企业在职、机关事业编外在职人员使用。
3. 单工伤变五险人员，请在备注中说明。