|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | | **社 会 保 险 登 记 表** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | 单位名称（公章）: | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | | 申 请 日 期: | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | | 山西省社会保险局监制 | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | | | | | |  |
| 单位名称(章) | | |  | | | | | | | | 电 话 |  | | |
| 单位住所(地址) | | |  | | | | | | | | 邮 编 |  | | |
| 登记类型 | | | 新参保( ) 统筹范围转入( ) 跨统筹范围转入( ) 单位分立( ) 单位合并( ) 其他( ) | | | | | | | | | | | |
| 单位类型 | | | 机关( ) 参公事业( ) 事业(公益一类)( ) 事业(公益二类)（ ） 自收自支事业( ) 社团( ) 转制事业( ) 企业( ) 企业化管理事业( )民办非企业( ) 城镇个体工商户( ) 其他( ) | | | | | | | | | | | |
| 组织机构代码 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 企业或个体工商户 | 工商登记信息 | | 经济类型 | | | 国有( ) 集体( ) 外资( ) 私营( ) 其他( ) | | | | | | | | |
| 发照机关 | | |  | | | | 执照号码 | |  | | |
| 发照日期 | | |  | | | | 有效期限 | |  | | |
| 机关事业社团等 | 批准成立信息 | | 批准单位 | | |  | | | | 批准文号 | |  | | |
| 批准日期 | | |  | | | | 有效期限 | |  | | |
| 事业单位经费来源 | | | 全额拨款( )差额拨款( )自收自支( )  企业化管理( 是 | 否 ) | | | | | | | | |
| 事业单位法人代码 | | |  | | | | | | | | |
| 主管部门或  总机构 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 隶属关系 | | | 中央( ) 省( ) 市( ) 县(市、区)( ) 乡镇( ) 部队( ) 其他( ) | | | | | | | | | | | |
| 机关(事业) 编制人数 | | |  | | 在编人数 | |  | 其中 | 财政全额拨款 | |  | | 退休人数 |  |
| 非财政全额拨款 | |  | |
| 企业上年末人数 | | |  | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法定代表人 或负责人 | 姓 名 |  | | | 电 话 | |  | |
| 公民身份证号码 | | | |  | | | |
| 经办部门  及负责人 | 部门名称 | |  | | 负责人姓名 | |  | |
| 负责人职务 | |  | | 电 话 | |  | |
| 参保单位  专管员 | 姓 名 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 社会保险 | 开户银行 | |  | | 职业年金 | | 开户银行 |  |
| 开户银行行号 | |  | | 开户银行行号 |  |
| 开户名 | |  | | 开户名 |  |
| 银行账号 | |  | | 银行账号 |  |
| 参加险种及时间 | 参加险种 | | | 参加时间 | | 参加险种 | | 参加时间 |
| 企业  基本养老保险( ) | | |  | | 大病医疗保险( ) | |  |
| 机关事业 基本养老保险( ) | | |  | | 失业保险( ) | |  |
| 职业年金( ) | | |  | | 工伤保险( ) | |  |
| 基本医疗保险( ) | | |  | | 生育保险( ) | |  |
| 公务员补助( ) | | |  | |  | |  |
| 社会保险登记证编号 |  | | | | | 单位编号 | |  |
| 社  保  机  构  审  批  意  见 | 审核人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 社保机构（章） 审批人： 年 月 日 | | | | | | | |

备注：

发放开户行： 发放开户行行号：

发放银行账号： 发放银行户名：

填写说明

1.本表由用人单位申请办理社会保险登记时填写。此表一式两份，分别由用人单位和社会保险经办机构留存。

2.单位名称：与有关机关批准成立证件或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.地址、邮编：按单位所在的详细地址填写，应写明所在区（县）、街（乡、镇）、路（道、胡同）和门牌号码及邮编。

4.组织机构代码证信息：指国家质量技术监督部门颁发的《中华人民共和国机构代码证》中的相应信息。

5.批准成立信息：按有关机关批准成立的文书或其它核准执业证件上的相应信息。

6.法定代表人或负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的分支机构，填写单位主要负责人有关信息。

7.经办部门及负责人：填写参保单位负责本单位社会保险相关业务的部门及部门负责人信息。

8.参保单位专管员：填写参保单位办理社会保险相关业务工作人员有关信息。

9.单位类型：按照机关、参照公务员法管理的事业单位、事业单位（公益一类、公益二类）、社会团体、企业等分类填写；

10.经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。

11.隶属关系：按中央属、部属、省属、市属、县属、乡镇属和部队分类填写。

12.主管部门：填写参保单位的上级主管部门。无主管部门的，本项可以不填写。

13.编制人数：编制部门最后一次核准参保单位的人员编制总数。

14.在编人数：在参保单位工作并领取工资的实有在职在编人数。

15.退休人数：参保单位原在编人员中已办理退休的人数。

16.开户银行、户名、银行账号：参保单位缴纳社会保险费、职业年金的开户银行、户名及银行账号。

17.参加险种及时间：参保单位在社保机构参加的各类险种及参加时间，按照企业或机关事业单位基本养老保险、职业年金、基本医疗保险、工伤保险、生育保险、失业保险等分类填写。

18.社会保险登记证编号：与颁发的社会保险登记证中编号一致，由信息系统依据编码规则自动生成，社保经办机构审核后填写。

19.所属分支机构随单位一起参保的，请在本表后附页列明分支机构明细。