企业职工养老保险断档补缴申报表

单位名称（盖章）： 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 补缴时间段 | 缴费基数 | 断档原因 | 本人签名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位劳资负责人（签字、日期）： | | | | 单位填表人（签字、日期）： | | | |
| 社保经办机构受理人（签字、日期）： | | | | | | | |
| 社保经办机构经办人（签字、日期）： | | | | 社保经办机构复核人（签字、日期）： | | | |
| 中心分管领导（签字、日期）： | | | | 中心领导（签字、日期）： | | | |

说明：一个自然年度内部分月份断档的，补缴断档月份，按已缴费月份基数进行，无需重新申报缴费基数。