附件

基本养老保险参保缴费证明

编号：

经核实， （单位名称） 于 年 月 日在我单位进行社会保险登记，该单位参保缴费情况如下：

单位：人，万元（小数点后保留两位）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 应参保职工 | 实际参保职工 | 实际缴费人数 | 缴费工资总额 | | 费率（%） | | 应缴费额 | | 实际缴费额 | | 历年  欠费额 |
| 单位 | 个人 | 单位 | 个人 | 单位 | 个人 | 单位 | 个人 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 上年度 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本年1至 月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、应参保职工、实际参保和缴费人数为该企业上年末及证明开具日上月末的人数；

2、缴费工资总额、应缴费额和实际缴费额为该单位上年度及本年度初至证明开具上月末止的累计数额；

3、历年欠费额为该企业自参加基本养老保险之日起至证明开具上月末止的累计欠费额。

经办人签章：

联系电话：

社保经办单位负责人签章： （社保经办机构公章）

年 月 日