|  |
| --- |
| **从业人员补缴社会保险费申请表** |
| 单位名称： | 单位编号： |  所在区： |
| 姓 名 | 　 | 个人编号 | 　 | 性别 | 　 |
| 原身份 | 　 | 身份证号码 | 　 |
| 单位及职工本人呈报意见 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  该职工因 原因， |
| 未缴纳 年 月至 年 月的社会保险费， |
| 特申请给予补缴，计算连续工龄。 |
| 　 |
|  呈报材料： |
|  各补缴年度的上年月平均工资收入： |
|  |  |  |  |  |
|  |
| 　 |
| 　 |
| 以上内容属实，职工本人签字确认： 单位（公章） |
|  年 月 日 |
| 社会保险经办机构核准意见 | 经审核，同意该职工 |
| 　 | 自 年 月至 年 月补缴养老保险；  |
|  自 年 月至 年 月补缴医疗保险；  |
| 自 年 月至 年 月补缴失业保险；  |
| 自 年 月至 年 月补缴工伤保险；  |
| 自 年 月至 年 月补缴生育保险。  |
|  初审： 复审： （章） 年 月 日 |
| 注：1、此表一式四份，申请单位、个人、区、市社会劳动保险经办机构各一份； |
|  2、月平均工资收入指年度内全部工资性收入除以实发月数； |
|  3、补缴审批需同时提供《招工备案、劳动合同备案花名册》，补缴期间原始的、装订好的工资凭证原件及加盖公章的复印件或生效的法律文书原件及加盖公章的复印件。 |