用人单位参保登记花名册

单位全称（盖章）： 结算期： 年 月 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 公民身份号码 （社会保障号） | 参保身份 | 参保开始日期 | 月缴费基数（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  | 20 / / |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 20 / / |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |

单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日

说明：1.用人单位填写内容和提供材料应真实准确有效，否则承担相应的法律责任； 2.参保身份：（1）公务员/参公；（2）事业编制职工；（3）军队文职人员；（4）三支一扶、苏北计划、大学生村官；（5）宗教教职人员；（6）其他人员 ；

3.本表一式两份，经办机构、用人单位各一份。