## 补缴/冲销保险费申报表

申报单位（申报人）： 单位代码：

联系人： 联系电话： 申报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | |  | | 公民身份号码 | | |  | | | |
| 补缴保险费 | | | | | | 冲销保险费 | | | | 备注 |
| 补缴起止时间 | | | 缴费工资 (元) | | | 冲销起止时间 | | | 缴费工资 (元) |  |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
|  | | |  | | |  | | |  |  |
| 参保人签名 | 本人同意按现利率办理补缴业务。国家公布当年记账利率前，暂不计算当年补缴利息。  年 月 日 | | 单位意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | 主管部门意见 | （盖章）  年 月 日 | |

广东省社会保险基金管理局制

填表说明：

1、本表由申报人用墨水笔规范填写，须字迹工整，不得涂改，同时须加盖公章。

2、凡申请补缴保险费的人员，单位应提交经税务部门稽核等法律途径认定应补缴的文书原件。