重庆市参加社会保险人员基本情况表

单位社会保障号：

单位名称(盖章)：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 性别 | 民族 | 出生时间 | 首次参加工作时间 | 起薪当月或上年月平均工资 | 工种 | 户口性质 | 参加社会保险时间(年/月)  | 人员状态 | 增加类型 | 增加时间 | 个人签字（指模） | 备注 |
| 年 | 月 | 年 | 月 | 养老 | 医保 | 工伤 | 失业 | 生育 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参保单位经办人：社会保险公共业务管理办公室审核经办人：审核时间：年月日 |