重庆市参加社会保险单位职工工资总额汇总表

年度

单位社会保障号：

填报单位：单位：人、元

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目分类 | 缴费人数 | 全年职工工资总额 |
| 缴费人员工资总额 | 减少人员工资总额 | 合计 |
| 参保单位申报 |  |  |  |  |
| 张榜公布时间 | 年月日 ---- 年月日 |
| 序号 | 职工代表姓名 | 工作部门 | 职务 | 监督意见 | 职工代表签字 |
| 已公布 | 未公布 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 单位负责人：工会负责人: 部门负责人：经办人： |
| 社会保险公共业务管理办公室审核意见 |  |
| 备注 |  |

注：本表由参保单位填写，一式两份，经登记审核后，参保单位和社会保险公共业务管理办公室各一份。