|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **重庆市参加企业职工基本养老保险单位职工工资总额维护申报表（缴费基数维护）** | | | | | | | | | |
| 单位名称（章）： | |  |  |  | 单位编码： |  |  | 单位：月、元 | |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号 | 参保单位申报 | | | 参保地社会保险部门审核 | | 职工本人签字（手印） |
| 维护属期 | 原申报 工资总额 | 现申请维护 工资总额 | 原核定 缴费基数 | 现核定 缴费基数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本页小计 | | | | ----- |  |  |  |  |  |
| 至本页累计 | | | | ----- |  |  |  |  |  |
| 参保单位申报意见： | | |  | 参保地社会保险部门审核（批）意见： | | | 维护情况： |  |  |
| 单位负责人： | |  |  | 单位负责人： | |  |  |  |  |
| 部门负责人： | |  |  | 部门负责人： | |  |  |  |  |
| 经办人： | |  |  | 经办人： | |  | 经办人 |  |  |
| 联系电话： | |  | 年 月 日 |  | 年 | 月 日 |  | 年 | 月 日 |