

曲靖市失业保险单位基础信息表 (表1)

单位名称 (章): \_\_\_\_\_ 年 月 日

登记类型		<input type="checkbox"/> 新参保 <input type="checkbox"/> 统筹范围转入 <input type="checkbox"/> 跨统筹范围转入 <input type="checkbox"/> 单位分立 <input type="checkbox"/> 单位合并 <input type="checkbox"/> 其他					
单位类型		<input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 事业 <input type="checkbox"/> 社团 <input type="checkbox"/> 民办非企业 <input type="checkbox"/> 城镇个体工商户 <input type="checkbox"/> 其他					
单位名称及所属行业类别							
组织机构代码							
企业和个体工商户	工商登记信息	经济类型	<input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 投资 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 其他				
		发照机关			执照号码		
		发照日期			有效期限		
机关事业单位等	批准成立信息	批准单位			批准文号		
		批准日期			有效期限		
		事业单位经费来源	<input type="checkbox"/> 全额拨款 <input type="checkbox"/> 差额拨款 <input type="checkbox"/> 自收自支 (是/否)企业化管理				
		事业单位法人代码					
上级主管部门名称							
隶属关系		<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 省 <input type="checkbox"/> 计划单列市 <input type="checkbox"/> 市、地区 <input type="checkbox"/> 县 <input type="checkbox"/> 乡镇 <input type="checkbox"/> 部队 <input type="checkbox"/> 其他					
参保单位法定代表人或负责人	姓名				联系电话		
	证件名称				证件号码		
参保单位专管员	姓名		所在部门		联系电话		
单位地址						邮编	
开户银行							
开户名							
银行账号							
税务注册信息	国税号		国税机构编号		国税发证机关		
	地税号		地税机构编号		地税发证机关		
	地税计算机代码 (地税参保代码)						
参加险种及时间	参加险种	参加时间	参加险种	参加时间			
	<input type="checkbox"/> 基本养老保险		<input type="checkbox"/> 工伤保险				
	<input type="checkbox"/> 基本医疗保险		<input type="checkbox"/> 生育保险				
	<input type="checkbox"/> 失业保险						
所属分支机构信息	负责人	名称	地址				
社会保险登记证编号					单位编号		

参保单位制表人: \_\_\_\_\_

单位负责人: \_\_\_\_\_

注: 1、新参保单位填报, 同时附企业营业执照副本 (或事业单位法人登记证书)、组织机构代码证、地方税务机关颁发的《税务登记证》(副本)、法人或负责人身份证复印件; 2、参保单位基础信息发生变更时, 及时填报变更信息上报。

附件2

## 曲靖市缴纳失业保险费申报审核表(表2)

**经办机构:**

**单位编号:**

**2018年度**

填报单位		参保时间		单位类型	
经办人		办公电话			
		手 机			
参保人数	人 (其中: 女性有 人, 农民合同工有 人。)				
在 职 人 员 月 缴 费 工 资 总 额 ( 元 ) :					
失 业 保 险 费 应 缴 额 ( 元 / 月 ) 1% ( 0.7% + 0.3% ) :					
其中:	单 位 缴 纳 0.7% ( 工 资 总 额 × 0.7% ) :				
	个 人 缴 纳 0.3% ( 工 资 总 额 × 0.3% ) :				
审核结果	费 款 所 属 期				
	应 缴 失 业 保 险 费 ( 元 )	元	单 位	元	
			个 人	元	
填报单位 (签章)	就业中心 (签章)				
单位负责人 (签字)	经办人 (签字)				
	审核人 (签字)				
	年 月 日		年 月 日		

注: 1、单位类型: 国有企业、集体企业、其他企业 (私营企业、个体工商户、不属于国有、集体企业的其他企业)、外商投资或中外合资企业、事业单位; 2、本表一式两份, 报就业中心审核后, 单位留存一份; 3、单位编号为系统中自动生成编号。

附件3

## 曲靖市失业保险参保职工变更申报表(表3)

填报单位（章）：

单位编号：

序号	个人代码	身份证号码	姓名	性别	变更日期	变更类别	月缴费工资	备注
增减变动统计	增加人数		减少人数			增减合计	人数	
	增加金额		减少金额				金额	
审核情况	月缴费基数		月应缴金额			月人数合计		

- 注：1、变更类别填写新参保（备注：是否复转军人），续保（备注：调入或其他），停保（备注：解除合同、调出），终止缴费（备注：死亡、退休或转公务员等）；  
 2、单位编号为系统中自动生成编号，市本级为5303990\*\*\*\*。  
 3、变更日期填写示例yyyy-mm-dd, 填写经办当日日期。  
 4、凡是新增或减少人员大于3人须同时报送电子版批量增加表或批量减少表；  
 5、变更申报工作每月1-20日进行，当月变更下月生效，逾期单位负责；  
 6、此表一式二份，报就业中心审核后存档一份，经办机构留存一份。

经办人：

联系电话：

审核人：

（就业中心章）

年 月 日

本文档由养老信息网 ( www.yanglaocn.com ) 提供  
年 月 日

## 云南省失业保险费应征清册(表4)

附件4

经办机构（盖章）：

			征收机关		费款所属期							
序号	单位编号	缴费单位名称	对应费款所属期	费款所属起日期	费款所属止日期	缴费人数	单位缴费基数	个人缴费工资总额	失业保险		应征金额合计	备注
									单位	个人		
合计												

注：1. 参保缴费人数中女职工： 人，农民工： 人。 2. 此表由各县（市、区）就业中心填报

填报人：

中心领导：

填报日期： 年 月 日

## 附件 5

# 社会保险缴费基数申报 承 诺 书

\_\_\_\_\_ 劳动就业管理服务中心:

我单位申报的 2017 年失业保险缴费人数、缴费基数真实、准确。如有少报、瞒报而造成本单位职工社会保险待遇偏低，或者因此造成职工与本单位发生劳动纠纷的，我单位愿承担一切相关的法律责任。

法定代表签字：

单位签章：

二〇一八 年 月

日

