

附件 1

## 社会保险缴费工资基数申报汇总表

\_\_\_\_\_年度

单位全称			单位编号	
法定代表人或负责人姓名		移动电话		
单位经办人姓名		移动电话		
通讯地址	_____省_____市_____县（市、区）_____			
申报情况	险 种	参保人数	缴费工资总额（元）	
	企业养老保险			
	失业保险			
	工伤保险			
<b>诚信承诺书</b>				
<p>我单位承诺在年度缴费工资基数申报过程中所提交的各项材料均符合国家法律法规之规定，完整准确、真实有效。我单位将严格遵守本承诺，接受国家信用管理规定的监管，符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。</p>				
法定代表人 或负责人（签名）			单位（盖章）	
单位经办人（签名）		年 月 日		