

# 枣庄市社会保险事业中心文件

枣社保发〔2022〕14号

## 关于申报二〇二三年度社会保险 缴费基数及相关事项的通知

各参保单位、参保人员：

根据《关于暂定2023年度全市社会保险费缴费基数上下限标准有关问题的通知》（枣人社字〔2022〕106号）文件规定，现就参保单位及个人申报2023年度社会保险（职工基本养老保险、失业保险、工伤保险）缴费基数及相关事项通知如下，请认真贯彻执行。

### 一、缴费基数申报起始时间

2023年度职工社会保险缴费基数申报工作自2023年1月1日正式开始，请各参保单位于2023年1月31日前按照规定及时

申报。

## 二、缴费基数确定

在全省统一公布 2022 年度全口径城镇单位就业人员平均工资之前，参保单位 2023 年度社会保险费月缴费基数上下限暂按 21888 元和 4378 元执行；无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本养老保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员养老保险月缴费基数上下限暂按上年度标准执行（上下限分别暂按 19899 元和 3980 元）；优先参加工伤保险的基层快递网点就业人员工伤保险月缴费基数暂按 6633 元执行。

职工以本人 2022 年月平均工资为 2023 年度个人缴费基数，职工月平均工资低于最低缴费基数的按最低缴费基数申报，超过最高缴费基数的部分不记入缴费基数。待 2022 年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称省全口径平均工资）公布后，社会保险经办机构将按照政策规定，分别依据公布的省全口径平均工资的 60%和 300%，统一对参保单位申报的职工缴费基数进行“保底封顶”调整，对调整产生的缴费差额进行多退少补处理。

参保单位缴费基数按本单位职工 2022 年度工资总额申报，本单位职工 2022 年度工资总额低于 2023 年度参保职工缴费基数之和的，按 2023 年度参保职工缴费基数之和申报。

个体工商户和灵活就业人员参加职工基本养老保险的，可以在公布的 2022 年度省全口径平均工资的 60%和 300%之间选择适

当的缴费基数。

### 三、申报方式

社会保险缴费基数申报，采用网上申报的方式进行。参保单位缴费基数申报时，可登录山东政务服务网

（<http://zzzfw.sd.gov.cn/zz/icity/project/index>）、枣庄市人力资源和社会保障局官方网站（<http://zzhrss.zaozhuang.gov.cn/>）“网上办事大厅”或者直接登录地址 <http://60.214.99.213:8083/hso> 进入枣庄市社会保险单位网上服务系统，在右下角下载《枣庄市社会保险单位网上服务系统用户手册》，按照手册缴费基数申报说明操作。

《企业社会保险缴费基数申报表》、《机关事业单位社会保险缴费基数申报表》签字盖章齐全，扫描或拍照后通过单位网上服务系统上传，无需报送纸质版。

### 四、申报要求

社会保险缴费基数申报工作涉及职工的切身利益，各参保单位要高度重视，如实申报，申报的职工社会保险缴费基数必须经职工本人认可。缴费单位应对提交的相关报表及资料的真实性、合法性负责，并承担相关责任。

在省社会保险事业中心缴纳养老保险的中央、省属单位，申报的失业、工伤保险缴费基数，应当与在省社会保险事业中心申报的养老保险缴费基数一致。

### 五、其它事项

未办理社会保险登记的单位，应于 30 日内到社会保险经办

机构申请办理社会保险登记；已办理社会保险登记单位，应当自用工之日起 30 日内为职工申请办理社会保险登记，并按核定缴费基数及时足额缴纳社会保险费。对未按时足额缴纳的单位，将按照《社会保险法》规定加收滞纳金。

- 附件：1、企业社会保险缴费基数申报表  
2、机关事业单位社会保险缴费基数申报表



附件 1

## 企业社会保险缴费基数申报表

\_\_\_\_\_年度

单位名称:

单位编号:

统一社会信用代码:

单位: 元

序号	姓名	社会保障号码	上年度工资发放		上年度工资 发放总额	上年度 月平均 工资	本年度 月申报 基数	本人签字	备注
			起始月	终止月					
工资合计		---	---	---				---	

填报人签字:

联系电话:

填报日期:     年   月   日

**社会保险费申报缴费承诺:**

根据社会保险法及国家和山东省相关政策规定,我单位就     年(   月—   月)社会保险缴费基数申报有关事项郑重承诺如下:

一、切实维护参保职工社会保险合法权益,确保应缴尽缴,我单位如实申报职工个人的缴费基数,并经职工本人签字认可、公示且核对无误;如有不实,愿为此承担有可能引发的一切责任。

二、我单位严格按照相关文件规定申报单位缴费基数,如存在瞒报工资总额或职工人数现象,责任自负并愿意接受相关处罚。

单位名称(盖章):

法定代表人或单位负责人(签名):

附件 2

机关事业单位社会保险缴费基数申报表

\_\_\_\_\_年度

单位名称:

单位编号:

单位: 元

序号	姓名	社会保障号码	发放工资起止月份		年工资总额	月平均工资	备注
			起始月	终止月			
合计	---	---	---	---			

填表人签字:

联系电话:

填报日期: 年 月 日

社会保险费申报缴费承诺:

根据社会保险法及国家和山东省相关政策规定, 我单位就 年( 月— 月) 社会保险缴费基数申报有关事项郑重承诺如下:

一、切实维护参保职工社会保险合法权益, 确保应缴尽缴, 我单位如实申报职工个人的缴费基数, 并经职工本人认可、公示且核对无误; 如有不实, 愿为此承担有可能引发的一切责任。

二、我单位严格按照相关文件规定申报单位缴费基数, 如存在瞒报工资总额或职工人数现象, 责任自负并愿意接受相关处罚。

单位名称(盖章):

法定代表人或单位负责人(签字):