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）：