

机关事业单位建立（恢复） 养老保险关系申报表

单位名称:

社会保险登记编号:

序号	新进职工来源	内部编号	姓 名	公民身份号码 (有效身份证件)	工资来源	性 别	民 族	出生时间	参加工作时间	
1										201
2										
3										
4										
5										

参保单位意见:

同意报送，以上事项填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任。

单位经办人:

单位负责人:

单位名称: (盖章)

填表日期: 年 月 日

社保经办机构意见:

同意建立(恢复)养老保险关系和职业年金账户。

经办人:

审核人:

社保经办机构: (盖章)

办理日期: 年 月

备注:

- 1、首次参加工作和再次工作
的人员的月缴费工资按就业
后第一个月工资填报。
- 2、新
进职工来源,指首次参加工作、
本单位恢复工作或其他单位
调入。
- 3、工资来源: 按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。
- 4、缴费起止时间指一个缴费年度内开始缴费和结束缴费的时间;补缴超过一个缴费年
度的,应分年度填写。
- 5、此表一式两份,社保经办机构和参保单位各留存一份。