附件1

宜兴市用人单位社会保险缴费工资基数申报花名册

（ 年 月至 年 月）

单位代码： 单位名称（盖章）： 计算单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人代码 | 姓名 | 上年度末  月缴费基数 | 本缴费年度月缴费基数 | 个人签字 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

说明：本表一式二份，如有基数变动用人单位应于每月二十日前报市社保中心登记征缴科，企业存一份。