附件：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社 会 保 险 登 记 表 | | | | | |
| 单位名称（盖章） | |  | | | |
| 单位性质 | |  | 经费来源 | |  |
| 主管部门 | |  | 隶属关系 | |  |
| 地址 | |  | 邮编 | |  |
| 统一信用  代码信息 | 统一信用代码 |  | 批准成立 信息 | 批准单位 |  |
| 机构类型 |  | 批准日期 |  |
| 有效期限 |  | 批准文号 |  |
| 颁发单位 |  | 经办部门及负责人 | 部门名称 |  |
| 法定代表人或负责人 | 姓 名 |  | 姓 名 |  |
| 身份证号 |  | 电 话 |  |
| 电 话 |  | 经办人员 | 姓 名 |  |
| 编制人数 | |  | 电 话 |  |
| 在编人数 | #财政全额拨款： |  | 开户信息 | 开户银行 |  |
| #非财政全额拨款： |  | 户 名 |  |
| 退休人数 | |  | 银行账号 |  |
| 参加险种情况 | 参 加 险 种 | | 参 加 日 期 | | 参保地 |
|  | | 年 月 日 | |  |
|  | | 年 月 日 | |  |
| …… | | 年 月 日 | |  |
| 附件目录 | |  | | | |
| 参保单位负责人： 参保单位填表人： 联系电话： 填表时间： 以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿承担相关责任 | | | | | |