**南京市职工社会保险登记花名册**

单位名称（盖章）： 单位社保号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 社会保障卡号 | 身份证号码 | 合同类型 | 合同起止时间 | 岗位 | 文化  程度 | 参保时间 | 缴费基数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.“参保时间”是指在本单位缴费起始时间，原则上与合同起始时间一致；

2.“缴费基数”是指新招职工起薪当月工资收入总额；

3.非参加五险人员须在备注栏中注明缴费的险种，不注明则默认为五险；

4.本表一式两份，社会保险经办机构和参保单位各一份；

5.咨询电话：025-12333，网址：[www.njhrss.gov.cn](http://www.njhrss.gov.cn)。

单位经办人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日