附件4

参保单位信息登记表（4-1）

|  |  |
| --- | --- |
| 统一社会信用代码 |  |
| 单位编号 |  | 单位全称 |  |
| 注册地址（住所） |  | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 登记管理部门 |  | 单位类别 |  | 隶属关系 |  |
| 企业信息 | 经济类型 |  | 总机构 |  | 隶属企业 |  |
| 外商国别/地区 |  | 行业类型 |  | 行业工伤风险类别 |  |
| 成立日期（注册日期） |  | 营业期限 |  |
| 机关事业等其他单位信息 | 批准成立单位 |  | 批准成立日期 |  | 批准文号 |  |
| 单位性质 |  | 主管部门 |  |
| 编制数量 |  | 其中 | 财政全额拨款编制数 |  |
| 非财政全额拨款编制数 |  |
| 经费来源 | □财政全额拨款 □差额拨款 □自收自支 |
| 法定代表人或负责人 | 姓名 |  | 移动电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 单位经办人 | 姓名 |  | 固定电话 |  |
| 移动电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 开户银行信息 | 开户银行 |  |
| 开户名称 |  |
| 银行账号 |  |
| 参保登记情况 | 参保险种 | 参保日期 | 缴费比例 |
| 企业养老保险 |  | 共： %，其中单位缴费比例：%，个人缴费比例： % |
| 医疗保险 |  | 共： %，其中单位缴费比例： %，个人缴费比例： % |
| 失业保险 |  | 共： %，其中单位缴费比例： %，个人缴费比例： % |
| 工伤保险 |  | 共： %，其中单位缴费比例： % |
| 生育保险 |  | 共： %，其中单位缴费比例： % |

|  |
| --- |
| 本单位承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，并承担相应的法律责任。法定代表人或责任人（签名） 单位（盖章）年 月 日 |
| 经办机构意见 | 经办机构（盖章） 年 月 日 |
| 说明1. 参保单位根据单位类别选择填写企业信息或机关事业等其他单位信息。
2. 统一社会信用代码：按登记证照上的统一社会信用代码填写。
3. 注册地址（住所）：与登记证照上的住所一致，由省（自治区、直辖市）、设区市、县（市、区）、道路或 者小区、门牌号等组成。
4. 登记管理部门：外交、民宗、民政、司法行政、农业、文旅、市场监管、机构编制、工会、其他。
5. 单位类别：按市场监管部门（企业、个体工商户、农村专业合作社）、机构编制部门（机关、事业单位、编 办直接管理机构编制的群众团体、其他）、民政部门（社会团体、民办非企业单位、基金会、其他）、司法行政部门（律师执业机构、公证处、基层法律服务所、司法鉴定机构、仲裁委员会、其他）等登记管理部门的具体分类填写。
6. 隶属关系：中央、省（自治区、直辖市）、设区市、县（市、区）、街道（镇、乡）、居民（村民）委员会、 军队、其他。外资企业、港澳台企业、私营企业隶属关系原则上按市场监管部门注册登记地，确定隶属关系。
7. 经济类型：按照经济类型分类与代码（GB/T12402—2000）填写。
8. 总机构：企业的最高一级机构名称。
9. 隶属企业：企业的上一级法人企业名称。
10. 外商国别/地区：外商投资国是指外商投资企业控股股东的国家名称，投资地区是指香港、澳门、台湾。
11. 行业类型：按照国民经济行业分类与代码（GB/T4754-2017）填写。
12. 行业工伤风险类别：按人社和财政等行政管理部门制定的标准自动生成。
13. 单位性质：由机关、事业单位填写，按照机关、参照公务员法管理的事业单位、公益一类事业单位、公益 二类事业单位、生产经营类事业单位、行政执法类事业单位、尚未分类事业单位、社会团体、军队建制单位、其他单位分类填写。
14. 主管部门：机关事业单位上一级管理机构。
15. 本表一式两份，由系统生成，参保单位、经办机构各一份。
 |

参保单位变更登记表（4-2）

单位全称（盖章）： 单位编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 变更事项 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位经办人： 移动电话： 经办机构（盖章）： 年 月 日

参保单位注销登记表（4-3）

|  |  |
| --- | --- |
| 统一社会信用代码 |  |
| 单位全称 |  | 单位编号 |  |
| 法定代表人/ 负责人 | 姓名 |  | 移动电话 |  |
| 单位经办人 | 姓名 |  | 移动电话 |  |
| 缴费截止时间 |  | 年 | 月 |  |  |  |
| 注销原因 |  | 注销日期 | 年 | 月 | 日 |
| 注销文件名称 |  |
| 本单位承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，并承担相应的法律责任。法定代表人或负责人（签名） 单位（盖章）年 月 日 |
| 经办机构意见 | 经办机构（盖章） 年 月 日 |

个人基础信息登记表（4-4）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 居民身份证号码（社会保障号码） | ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 国籍/地区 |  | 民族 |  | 户籍性质 |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 移动电话 |  |
| 职称 | 专业 |  | 技能等级（职业资格） | 职业（工种） |  |
| 级别 |  | 等级 |  |
| 户籍地址 | 省 市 县（市、区） |
| 居住地址 | 省 市 县（市、区） |
| 本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，并承担相应的法律责任。 承诺人（签名）： 年 月 日 |

说明：

1. 其他证件类型：指非内地居民所持证件，类型包括社会保障卡、外国人永久居留身份证、外国人护照、港澳台居民有效证件。
2. 政治面貌：中共党员、民革党员、民盟盟员、民建会员、民进会员、农工党党员、致公党党员、九三学社社员、台盟盟员、无党派民主人士、群众、其他。
3. 学历：博士研究生、硕士研究生、大学本科、大学专科、中等专科、职业高中、技工学校（技师班、中级工班、高级工班）、高中、初中、小学、其他，以最高学历为准。
4. 国籍/地区：主要指外国人所在国国籍，地区主要指香港、澳门和台湾。
5. 户籍性质：本省城镇、本省农村、外省城镇、外省农村、香港特别行政区居民、澳门特别行政区居民、台湾地区居民、外国人。
6. 职称级别：正高级、副高级、中级、初（助理）级、初（员）级、未定职级。
7. 技能等级（职业资格）：高级技师（职业资格一级）、技师（职业资格二级）、高级工（职业资格三级）、中级工（职业资格四级）、初级工（职业资格五级）。
8. 户籍地址：居民身份证上的住址。
9. 居住地址：居住地详细地址，由设区市、县（市、区）、道路、门牌号或者小区、门牌号等组成。

# 参保单位用工参保登记花名册（4-5）

单位全称（盖章）： 结算期：年月 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 居民身份证号码（社会保障号码） | 从事岗位 | 劳动（聘用）合同签订情况 | 月缴费工资（元） | 服务机构或劳务派遣公司（含民营和公共）用工情况 |
| 合同类型 | 增加原因 | 合同起止日期 | 用工类型 | 实际用工单位编号 | 实际用工单位全称 |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 自20 / / |  |  |  |  |
| 至20 / / |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 自20 / / |  |  |  |  |
| 至20 / / |  |  |  |

单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日

说明：

1. .参保单位填写内容和提供材料应真实准确有效，并承担相应的法律责任。
2. 从事岗位：（1）单位负责人；（2）管理人员；（3）专业技术人员；（4）生产运输操作人员；（5）商业和其他服务业；（6）农林牧渔从业人 员；（7）普通员工。
3. 劳动（聘用）合同类型：（1）固定期限；（2）无固定期限；（3）完成一定工作任务。
4. 劳动（聘用）合同增加原因：（1）新签；（2）续签。
5. 人力资源服务机构或劳务派遣公司用工类型：（1）劳务派遣；（2）人力资源外包；（3）项目（工程）外包；（4）人事代理（外包）；（5） 本单位员工。
6. 本表一式两份，参保单位、经办机构各一份。

# 参保单位退工停保登记花名册（4-6）

单位全称（盖章）： 结算期： 年 月 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 居民身份证号码（社会保障号码） | 劳动（聘用）合同解除或终止原因 | 劳动（聘用）合同解除或终止日期（年 月 日） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  | 20 | / / |  |
| 2 |  |  |  |  | 20 | / / |  |
| 3 |  |  |  |  | 20 | / / |  |
| 4 |  |  |  |  | 20 | / / |  |
| 5 |  |  |  |  | 20 | / / |  |
| 6 |  |  |  |  | 20 | / / |  |
| 7 |  |  |  |  | 20 | / / |  |
| 8 |  |  |  |  | 20 | / / |  |
| 9 |  |  |  |  | 20 | / / |  |

单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日

说明：

1. 参保单位填写内容和提供材料应真实准确有效，并承担相应的法律责任。
2. 劳动（聘用）合同解除或终止原因：（1）合同期满；（2）单位解除合同；（3）个人解除合同；（4）双方协商一致解除；（5）到达法定退休年龄；（6）出国；（7）服刑；（8）死亡或失踪；（9）企业裁员；（10）企业破产；（11）企业关闭或企业撤销、解散；（12）组织调动。
3. 本表一式两份，参保单位、经办机构各一份。

# 灵活就业人员参保登记表（4-7）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 |  | 姓名 |  | 移动电话 |  |
| 居民身份证号码（社会保障号码） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 户籍地址 | 省 市 县（市、区） |
| 就业参保时间 | 年 月 |
| 就业登记地 | 省 市 县（市、区） |
| 本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，并承担相应的法律责任。 承诺人（签名）： 年 月 日 |

# 灵活就业人员停保登记表（4-8）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 |  | 姓名 |  | 移动电话 |  |
| 居民身份证号码（社会保障号码） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 户籍地址 | 省 市 县（市、区） |
| 停保时间 | 年 月 |
| 本人承诺，所填写内容和提供材料真实准确有效，并承担相应的法律责任。 承诺人（签名）： 年 月 日 |

# 参保人员信息变更表（4-9）

单位全称（盖章）: 结算期： 年 月 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 居民身份证号码（社会保障号码） | 变更事项 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日

# 社保医保缴费工资基数申报汇总表（4-10）

 年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | 单位编号 |  |
| 法定代表人或负责人姓名 |  | 移动电话 |  |
| 单位经办人姓名 |  | 移动电话 |  |
| 通讯地址 | 省 市 县（市、区） |
| 申报情况 | 险 种 | 参保人数（人） | 缴费工资总额（元） |
| 企业养老保险 |  |  |
| 医疗保险 |  |  |
| 失业保险 |  |  |
| 工伤保险 |  |  |
| 生育保险 |  |  |
| 承诺书 |
| 我单位承诺在年度缴费工资基数申报过程中所提交的各项材料均符合国家法律法规之规定，完整准确、真实有效。我单位将严格遵守本承诺，接受国家信用管理规定的监管，符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。法定代表人或负责人（签名） 单位（盖章） |
| 单位经办人（签名） | 年 月 日 |

# 社保医保缴费工资基数申报明细表（4-11）

单位全称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 居民身份证号码（社会保障号码） | 缴费工资总额（元） | 个人签字 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  人 |  | —— |  |

说明：

1. 缴费工资总额为上一自然年度（1 月 1 日至 12 月 31 日）全年工资收入总额，不足 12 个月折算成 12 个月的工资收入填报，精确至元。
2. 参保单位填报的缴费工资总额应当经职工本人签字认可或向本单位职工公布，接受职工监督。

# 社保医保缴费工资基数调整表（4-12）

单位全称（盖章）： 结算期： 年 月 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 居民身份证号码（社会保障号码） | 调整前月基数（元） | 实际月平均工资收入（元） | 个人签字 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | 人 | —— | —— | —— |  |

单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日

# 社保医保保险费补缴申请表（4-13）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | 单位编号 |  |
| 职工姓名 |  | 个人编号 |  |
| 居民身份证号码（社会保障号码） |  | 联系电话 |  |
| 补 缴 明 细 情 况 |
| 补缴起止年月 | 月缴费工资（元） | 备注 |
| 至 |  |  |
| 至 |  |  |
| 至 |  |  |
| 至 |  |  |
| 至 |  |  |
| 累计补缴年月 |  年 月 |
| 附 报 材 料 |
| 附件 1 |  |
| 附件 2 |  |
| 附件 3 |  |
| 附件 4 |  |
| 承诺书 | 我单位提供的以上附件材料 件，与原始材料内容完全一致。我单位承诺在申请补缴过程中所提交的各项材料均符合国家法律法规之规定，完整准确、真实有效。我单位将严格遵守本承诺，接受国家信用管理规定的监管，符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。单位经办人： （单位盖章）手机号码： 年 月 日 |
| 本人意见 | 签名：年 月 日 | 社会保险经办机构审核意见 | （社会保险经办机构盖章） 年 月 日 |

说明：

1. 单位需附报相关法律文书、劳动合同、工资发放财务凭证等原始资料；
2. 月缴费工资难以确定的，填写栏目可为空，由社会保险经办机构按省统一规定确定；
3. 补缴起止年月按年度逐行填写；
4. 此表一式两份，单位、经办机构各一份。

社保医保保险费延缴申请表（4-14）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 个人编号 |  |
| 居民身份证号码（社会保障号码） |  |
| 户籍地址 |  | 省 市 县（市、区） |
|  |
| 延长缴费人员类别 | * 企业职工
* 灵活就业人员
 | 移动电话 |  |
| 单位全称 |  | 单位编号 |  |
| 工作经历及参保缴费情况 |  |
| 延长缴费申请 | 本人已了解《江苏省人力资源和社会保障厅转发〈人力资源社会保障部办公厅关于职工基本养老保险关系转移接续有关问题的函〉的通知》（苏人社发﹝2013﹞321 号）文件规定，现申请办理社会保险费延长缴费。申请人（签名） 年 月 日 |
| 单位意见 | 单位（盖章） 年 月 日 |
| 社会保险经办机构意见 | 经审核，同意从 年 月起延长缴费至满15 年。经办机构（盖章） 年 月 日 |

说明：

1. 参保人员填写此表时应提供本人户口簿及身份证。
2. 本表一式两份，参保人员（单位）、经办机构各一份。

社保医保权益记录查询委托书（4-15）

 （社会保险经办机构名称）：

现委托 前去办理社会保险权益记录查询业务，如无不妥请办

理。

委托人（签字）： 居民身份证号码（社会保障号码）：

受托人（签字）： 居民身份证号码（社会保障号码）：

年 月 日

# 个人放弃缴纳社保医保欠费承诺书（4-16）

为维护您的社保医保权益，（社会保险经办机构名称）特别提醒您在填写《个人放弃缴纳社保医保欠费承诺书》时，应充分阅读《关于贯彻落实国务院办公厅转发城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法的通知》（人社部发〔2009〕187号）和《江苏省企业职工基本养老保险规定》（江苏省政府令第146号）《国家医保局办公室 财政部办公厅 国家税务总局办公厅关于印发〈基本医疗保险参保管理经办规程〉的通知》的相关条款，并重点关注以下事项：

一、参保人员依法参加企业养老保险，达到国家和省规定的退休年龄且缴费年限满国家规定最低缴费年限的，按月领取基本养老金。

二、基本养老金由基础养老金和个人账户养老金组成：基础养老金以本人退休上一年全省城镇单位就业人员月平均工资和本人指数化月平均缴费工资的平均值为基数，缴费每满1年（不足1年的缴费月数折算为年）发给1%；个人账户养老金按照本人个人账户的累计储存额除以国家统一的计发月数确定。

三、本人不补缴个人社保医保欠费的，其欠缴企业养老保险费的时间不计算缴费年限，影响医保退休待遇，个人欠费的时间不转移基金，之后不再办理补缴欠费。

本人声明：（社会保险经办机构名称）已向本人提供并详细介绍了《关于贯彻落实国务院办公厅转发城镇企业职工基本养老保险关系转移接续暂行办法的通知》（人社部发〔2009〕187号）和《江苏省企业职工基本养老保险规定》（江苏省政府令第146号）的相关条款。本人充分了解放弃缴纳欠费产生的后果，接受上述内容，自愿放弃缴纳 年 月至 年 月的欠费，该时间段不计算缴费年限。

参保人签名：

年 月 日

#

# 社保医保稽核受理告知书（4-17）

×稽受字〔 〕第 号

 ：

你于 年 月 日举报的

 事项，根据你提供的相关证明材料，经我单位审核，符合受理条件，决定受理。

特此告知。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此告知书一式两份，举报人、社会保险经办机构各一份）

# 社保医保稽核不予受理告知书（4-18）

×稽告字〔 〕第 号

 ：

你于 年 月 日举报的

 事项，经我单位审核， 因 ，决定不予受理。

特此告知。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此告知书一式两份，举报人、社会保险经办机构各一份）

# 社保医保稽核通知书（4-19）

×稽（征缴）通字〔 〕第 号

 ：

根据《中华人民共和国社会保险法》《江苏省社会保险稽核实施办法》等国家和省有关规定，将于 年 月 日，对你单位

 方面进行稽核检查，请提供必要的工作条件及与社会保险有关的资料，确保所提供资料真实、准确、完整、有效，请予配合。

1.

2.

……

稽核人员： 联系方式：

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此通知书一式两份，稽核对象、社会保险经办机构各一份）

# 社保医保稽核通知书（4-20）

×稽（待遇）通字〔 〕第 号

 ：

根据《中华人民共和国社会保险法》《江苏省社会保险稽核实施办法》等国家和省有关规定，将于 年 月 日对

 方面实施稽核，请提供以下相关资料，并确保所提供资料真实、准确、完整、有效，请予配合。

1.

2.

……

稽核人员： 联系方式：

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此通知书一式两份，稽核对象、社会保险经办机构各一份）

# 社保医保稽核对象承诺书（4-21）

为了维护公民依法参加社会保险和享受相关待遇的合法权益，本单位接受并积极配合社会保险稽核工作，就稽核事项做出如下承诺：

一、本单位将按要求提供必要的稽核工作场所，协助配合稽核工作。二、本单位将按要求提供稽核工作所需的会计、统计等相关报表、凭

证及有关资料，并对所提供资料的真实性、准确性、完整性、有效性负责， 否则由本单位承担全部责任。

三、本单位会计、统计资料的编制均符合《中华人民共和国会计法》和《中华人民共和国统计法》等法律、法规、制度的要求，无账外账和账外资产，无应披露而未披露的重大事项。

四、对稽核小组在稽核过程中要求提供的有关调查、核实资料，本单位将在规定时间内签署完毕，并送交稽核小组。

稽核对象法定代表人（或授权委托人）签字：

（稽核对象公章）

年 月 日

# 社保医保稽核情况告知书（4-22）

×稽（征缴）告字〔 〕第 号

 ：

根据《中华人民共和国社会保险法》《江苏省社会保险稽核实施办法》等国家和省有关规定，我单位于年 月 日至 年 月 日，对你单位 方面实施了稽核检查，现将稽核结果告知如下：

1.

2.

……

如对以上内容有异议，请于本告知书送达之日起 10 日内向我单位提出书面意见，逾期未提出书面意见的视为无异议。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此告知书一式两份，稽核对象、社会保险经办机构各一份）

# 社保医保稽核情况告知书（4-23）

×稽（待遇）告字〔 〕第 号

 ：

根据《中华人民共和国社会保险法》《江苏省社会保险稽核实施办法》等国家和省有关规定，我单位于 年 月 年 月

 日，对（单位、个人） 方面实施稽核，现将稽核结果告知如下：

1.

2.

……

如对以上内容有异议，请于本告知书送达之日起 10 日内向我单位提出书面意见，逾期未提出书面意见的视为无异议。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此告知书一式两份，稽核对象、社会保险经办机构各一份）

# 社保医保稽核整改意见书（4-24）

×稽（征缴）整字〔 〕第 号

 ：

我单位于 年 月 日至 年 月 日，对你单位

 进行了稽核检查，根据《中华人民共和国社会保险法》和《江苏省社会保险稽核实施办法》有关规定，将稽核情况以及整改意见通知如下：

一、违反法律法规条款： 二、违反法律法规事实： 三、整改意见：

责令你单位收到本意见书后，在 年 月 日之前到

（地点）办理补缴，纠正违法、违规行为。逾期未整改的，我单位将核定的应征数额发送税务部门进行征收，并视情形报请人力资源社会保障行政部门依法处罚；符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此通知书一式三份，稽核对象、社会保险经办机构稽核部门、业务部门各一份）

# 社保医保稽核整改意见书（4-25）

×稽（待遇）整字〔 〕第 号

 ：

我单位于 年 月 日至 年 月 日，对（单位、个人） 方面进行了稽核检查，根据《中华人民共和国社会保险法》和《江苏省社会保险稽核实施办法》有关规定，将稽核情况以及整改意见通知如下：

一、违反法律法规条款： 二、违反法律法规事实： 三、整改意见：

责令你收到本意见书后，在 年月日之前到

（地点）纠正违规行为，拒不履行本意见书的，将根据《江苏省社会保险稽核实施办法》的规定报请人力资源社会保障行政部门依法处罚；符合失信行为情形的，按照国家信用管理规定予以处理。

社会保险经办机构（电子印章）

年 月 日

（此通知书一式三份，稽核对象、社会保险经办机构稽核部门、业务部门各一份）

# 社保医保提请行政处理建议书（4-26）

×稽建字〔 〕第 号

 ：

我单位在 年 月 日至 年 月 日实施稽核中发现 单位名称（个人姓名）存在违反社会保险法律、法规行为，根据

《中华人民共和国社会保险法》和《江苏省社会保险稽核实施办法》有关规定，现移送给你们，建议实施行政处理，并将处理结果及时反馈我单位。

社保代码（单位或个人）：

单位名称或个人姓名：

地 址：

联系电话：

存在的主要问题：

社会保险经办机构（盖章）

年 月 日

签发人： 送达人： 接收人：

# 社保医保稽核通知书（4-27）

×稽（数据）通字〔 〕第 号

 ：

根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险经办机构内部控制暂行办法》《社会保险数据稽核规程（试行）》等规定， （经办机构名称） 决定对你单位 （稽核事项） 进行稽核。

请你单位迅速查明原因，立即整改，于 月 日前形成核查整改情况报告，经单位主要负责人签字，并加盖单位公章后上报。

附件：社会保险稽核事项

社会保险经办机构（盖章）

年 月 日

（联系人：××× 联系电话：××××××）

社保医保稽核事项（4-28）

第 页（共 页）

|  |  |
| --- | --- |
| 事项名称 |  |
| 稽核对象 | （被稽核经办机构名称） |
| 问题描述 | （重点问题线索，可附页） |
| 稽核意见 | （具体整改要求） |