|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2024 年度职工社会保险缴费工资申报表  附件2 | | | | | | | | |
| 管理单位或独立缴费单位名称（章）： | | |  | 管理单位或独立缴费单位编号： | | | | |
| 序号 | 单位编号 | 单位名称 | 个人编号 | 证件号码 | 姓名 | 年度 | 上年月平均工资（元 ） | 手机号码 |
| 1 | 100000000 | 武汉\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*公司 | 10000000000 | 510725\*\*\*\*\*\*\*\*8319 | 张三 | 2024 | 5000 | 186\*\*\*\*\*\*\*\* |
| 以上一行为填写示例请从下一行开始按示例填写 | | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计： 人 合计： 元 | | | | | | | | |
| ＊以上事项填写真实，若与实际情况不符，本单位愿意承担相关责任。    单位负责人（签章）： 单位经办人（签章）： 联系电话： | | | | | | | | 填报日期： 年 月 日 |