附件4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业为该项目施工现场人员社会保险费月缴纳情况基数表 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **编制单位：**  时间： 单位：元/月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 月缴纳基数 | 应缴基数 | | | | | | | | | | | | 应交  合计 |
| 个人缴纳部分 | | | | | | 企业缴纳部分 | | | | | |
| 养老保险 | 失业 | 医疗 | 工伤 | 生育 | 小计 | 养老保险 | 失业 | 医疗 | 工伤 | 生育 | 小计 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 情况说明：  社会保障管理部门负责人： （签字） 社保经办人： （签字）经办人联系电话：  （社会保障管理部门盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |