|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会保险登记表 (表2-1) | | | | | | | |
| 单位名称： | |  |  | | |  |  |
| 登记类型 | | 新参保( ) 统筹范围转入( ) 跨统筹范围转入( ) 单位分立( ) 单位合并( ) 其他( ) | | | | | |
| 单位类型 | | 企业( ) 事业( ) 社会团体( ) 民办非企业( ) 基金会（ ） 律师事务所（ ） 会计师事务所（ ） 个体工商户( ) 其他( ) | | | | | |
| 组织机构代码 | |  | | | | | |
| 企业或个体工商户 | 工商登记 信息 | 执照种类 | 企业法人营业执照（ ） 营业执照（ ） | | | | |
| 经济类型 | 国有( ) 集体( ) 外资( ) 私营( ) 其他( ) | | | | |
| 发照机关 |  | | | 执照号码 |  |
| 发照日期 |  | | | 有效期限 |  |
| 机关事业社团等 | 批准成立 信息 | 批准单位 |  | | | 批准文号 |  |
| 批准日期 |  | | | 有效期限 |  |
| 事业单位经费来源 | 全额拨款( ) 差额拨款( ) 自收自支( ),企业化管理(是/否) | | | | |
| 主管部门名称 | |  | | | | | |
| 行业名称 | |  | | | 行业风险类别 | |  |
| 隶属关系 | | 中央（） 省（） 计划单列市（） 市、地区（）　　　　　　　　　　　　　　　县（） 乡镇（） 部队（） 其他（） | | | | | |
| 单位法定代表人 或负责人 | | 姓 名 |  | | 联系电话 |  | |
| 证件名称 |  | | 证件号码 |  | |
| 参保单位专管员 | | 姓 名 |  | 所在部门 |  | 联系电话 |  |
| 姓 名 |  | 所在部门 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 | |  | | | | 邮编 |  |
| 开户银行 | |  | | | | | |
| 户 名 | |  | | | | | |
| 银行基本账号 | |  | | | | | |
| 参加社会保险项目 及时间 | | 参 加 项 目 | | 参加时间 | 参 加 项 目 | | 参加时间 |
| 基本养老保险 ( ) | |  | 工伤保险 ( ) | |  |
| 基本医疗保险 ( ) | |  | 生育保险 ( ) | |  |
| 失业保险 ( ) | |  |  | | |
| 缴费方式 | | 委托扣款( ) 小额借记( ) 电汇( ) 本票( ) 缴费卡( ) 其它( ) | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | |
| 社会保险登记证 编号 | |  | | | 单位编号 |  | |
| 单位制表人 ∶ | |  |  |  | 经办机构审（复）核人∶ | | |
| 负责人∶ | |  | 单位（章） | | 负责人∶ |  | 经办机构(章) |
|  |  |  | 年 月 日 | |  |  | 年 月 日 |