附表6

安徽省机关事业单位养老保险

参保登记表

单位名称（公章）

申 请 日 期

安徽省社会保险局 制

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
|  地 址 |  | 邮编 |  |
| 社会信用代码证（组织机构代 码 证)信息 | 机构代码： |
| 机构类型： |
| 有效期限： |
| 颁发单位： |
| 批准成立信 息 | 批准单位： |
| 批准日期： |
| 批准文号： |
| 法定代表人、负责人 | 姓 名： |
| 公民身份号码： |
| 经办部门及负责人 | 部门名称： |
| 姓 名： |
| 电 话： |
| 经办人员 | 姓 名： |
| 电 话： |
| 单位性质 |  | 经费来源 |  | 隶属关系 |  |
| 主管部门 |  | 编制人数 |  | 退休人数 |  |
| 在编人数 |  | 其中 | 财政全额拨款 |  |
| 非财政全额拨款 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位基本账户 | 开户银行 |  | 户 名 |  |
| 银行账号 |  |
| 备 注 |  |
| 社保经办机构审核意 见 | 经办人（章） 复核人（章） 社保经办机构（章） |
| 单位编号： |

**填写说明**

1.本表由用人单位填写。一式两份，用人单位和社保局各存1份。

2.单位名称：与有关机关批准成立的文书或其他核准执业证件中的单位名称一致，不得填写简称。

3.代码证信息：指有关部门颁发的社会信用代码证或组织机构代码证中的相应信息。

4.单位性质：按照公务员法管理的机关、参照公务员法管理的事业单位、事业单位（公益一类、公益二类、生产经营类、暂未分类）分类填写。

5.经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。

6.隶属关系：按中央属、部属、省属分类填写。

7.主管部门：填写参保单位的上级主管部门。无上级主管部门的，本项可以不填写。

8.编制人数：编制部门最后一次核准参保单位的人员编制总数。

9.在编人数：在参保单位工作并领取工资的实有在职在编人数。

10.退休人数：参保单位原在编人员中已办理退休的人数。

11.单位编号：参保单位在数据库中的编号，由社保经办机构填写。

12．所属分支机构随单位一起参保的，请在本表后附页列明分支机构明细。