云南省企业职工基本养老保险参保人员

一次性补缴月缴费工资确认表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章）： |  | 申报日期： 年 月 日 |
| 单位编号： |  | 单 位：元 |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 补缴时段（按年度填写） | 年度月缴费工资 | 参保人本人签字 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 参保单位社保经办人： 社保负责人： 财务负责人： |