

社会保险费缴费申报表（适用单位缴费人）

*用人单位名称：河北隆东机械制造有限公司

*纳税人识别号: 91130525MA092PPC1R

*申报性质:

序号	*社会保险经办机构	*单位编号	*参保险种	*征收品目	*征收子目	*费款所属期起	*费款所属期止	缴费人数	职工工资总额	缴费基数	*费率	*本期应纳费额
1	企业养老保险省级统筹系统(邢台隆尧县)	13052550095	企业职工基本养老保险费	职工基本养老保险(单位缴纳)		202501	202501	1		3920.55	16.00%	627.29
2	企业养老保险省级统筹系统(邢台隆尧县)	13052550095	企业职工基本养老保险费	职工基本养老保险(个人缴纳)		202501	202501	1		3920.55	8.00%	313.64
3	河北省失业保险系统(隆尧县)	13052550095	失业保险费	失业保险(单位缴纳)		202501	202501	1		3920.55	0.70%	27.44
4	河北省失业保险系统(隆尧县)	13052550095	失业保险费	失业保险(个人缴纳)		202501	202501	1		3920.55	0.30%	11.76
5	河北省工伤保险系统(隆尧县)	13052550095	工伤保险费	工伤保险		202501	202501	19		74490.45	0.60%	446.88
*合计	——	——	——	——	——	——	——	——	——	90172.65	——	1427.01
* 缴 费 人 申 明	本单位所申报的社会保险费真实、准确并完整，与事实相符。 法定代表人（负责人）签名： 年 月 日			* 授 权 人 申 明	我单位授权_____为本单位代理申报人，任何与申报有关的来往文件，都可寄此代理机构。 委托代理合同号： 授权人： 年 月 日			* 代 理 人 申 明	本申报表是按照社会保险费有关规定填报，我确认其真实、完整并合法。 代理人（签章）： 经办人： 年 月 日			
*受理税务机关：		*受理人：			*受理日期： 年 月 日			备注：				