一、企业社会保险登记

1.《社会保险登记表》加盖单位公章（附件 1-1）

2.营业执照原件、法人身份证原件、经办人身份证原件

二、企业单位信息变更、参保单位社会保险险种变更

1.《河南省社会保险单位信息变更申报表》加盖公章（附件 1-2）

2.单位信息变更相所对应的相关文件材料

3.营业执照原件、法人身份证原件、经办人身份证原件

三、单位注销

1.《河南省社会保险单位注销申报表》加盖单位公章（附件 1-3）

2.企业注销证明、法人身份证复印件、经办人身份证原件

注：此项业务在单位职工已全部转出且单位不欠费的条件下方可办理。

四、企业职工建立社会保险关系

1.《河南省社会保险新增(恢复)参保人员情况申报表》原件一式两份(盖公章)（附件 1-4）

2.参保职工有效身份证原件或复印件加盖公章

3.参保职工与单位签订的《劳动合同书》原件或复印件加盖公章

五、行政事业单位职工参保登记：

1.《河南省职工社会保险关系建立(恢复)申报表》原件一式两份(盖章)（附件 1-4）

2.组织或人社部门按规定程序办理的录用，调任转任，招聘，聘

用(任)，流动，政策性安置等手续原件

3.参保职工有效身份证原件、经办人身份证原件

4.《舞钢市机构编制委员会办公室入编通知书》原件、确定工资审批表原件

六、无雇工个体工商户、灵活就业人员建立社会保险关系：

1.无雇工个体工商户、灵活就业人员参保登记表（附件 1-5）

2.参保人身份证原件

七、职工中断保险关系：

1.《平顶山市社会保险中断(终止)申报表》原件一份(盖章)（附件 1-6）

2.中断人身份证原件和复印件、经办人身份证原件

3.与中断原因相对应的材料：参保职工辞职申请，解除劳动合同书证明或退休审批表(退休证)原件等

八、无雇工个体工商户、灵活就业人员中断社会保险关系：

参保人员身份证原件和中断表（附件 1-6）

九、终止社会保险关系：

（在职死亡）（注：需配合个人账户一次性待遇申领承诺书）

1.参保职工终止社会保险关系申报表加盖单位公章（附件 1-7、附件 1-8）

2.死亡证明、火化证、本人社保卡、经办人身份证（如土葬有户口注销证明）

十、养老保险关系转移

（网上申请：企业职工基本养老保险关系跨省转移接续、机关事业单位养老保险关系跨省转移接续、城乡居民基本养老保险关系跨省转移接续保险互转、企业职工基本养老保险与机关事业单位养老、企业职工基本养老保险与城乡居民养老保险）

参保人使用支付宝、微信的电子社保卡小程序或者下载安装“掌上 12333” APP,也可以登录“国家社会保险公共服务平台”（网址：http://si.12333.gov.cn)在里面找到养老保险关系转移网上申请，根据提示进行操作。

具体流程：参保人选择“人社办事-社会保障-养老保险关系转移申请”服务，填写转移申请相关信息,并提交申请。转入地经办机构负责受理申请,经核查符合转入条件的,开启后续转移流程。申请提交后,可通过“养老保险关系转移申请-申请记录”功能查询网上申请审核结果信息,通过“进度查询”功能查询后续转移进度。

职工/自由职业咨询电话：8128897

退休业务咨询电话：7282817

附件 1-1

社　会　保　险　登　记　表

单位名称：_____（　单　位　公　章　）_____

申请日期：_____XXXX 年 XX 月 XX 日_____

河南省人力资源和社会保障厅制

<table>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="6">填写时应和营业执照以及公章名称保持一致</td></tr>
<tr><td>地　址</td><td colspan="3">按单位所在的详细地址填写</td><td>邮　编</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">统一社会信用代码证书信息（或事业单位法人证书信息）</td><td colspan="3">机构代码：营业执照上编码</td><td>机构类型</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">颁发单位：营业执照右下角</td><td>有效期限</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">批准（登记）成立信息</td><td rowspan="4">企业等单位登记信息</td><td colspan="5">执照种类：</td></tr>
<tr><td colspan="5">发照机关：</td></tr>
<tr><td colspan="5">发照日期：</td></tr>
<tr><td colspan="5">经济类型：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">机关事业单位批准成立信息</td><td colspan="5">批准单位：</td></tr>
<tr><td colspan="5">批准日期：</td></tr>
<tr><td colspan="5">批准文号：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">法定代表人或负责人</td><td>姓　名</td><td colspan="2"></td><td>电　话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>证件类型</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>证件号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">经办部门及人员</td><td>部门名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>负责人姓名</td><td colspan="2"></td><td>电　话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>经办人员姓名</td><td colspan="2"></td><td>电　话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>单位类型</td><td></td><td colspan="2">经费来源</td><td></td><td>隶属关系</td><td></td></tr>
<tr><td>主管部门</td><td></td><td colspan="2">职工(编制)总数</td><td></td><td>退休人数</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">在编人数</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">其中</td><td>财政全额拨款</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>非财政全额拨款</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">缴费账户</td><td>开户银行</td><td></td><td>户　名</td><td></td></tr>
<tr><td>银行账号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">拨付账户</td><td>开户银行</td><td></td><td>户　名</td><td></td></tr>
<tr><td>银行账号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">参加险种情况</td><td colspan="2">参加险种</td><td>参加日期</td><td>参保地</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>工伤行业风险类别</td><td colspan="2"></td><td>工伤基准费率</td><td></td></tr>
<tr><td>备　注</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>社保经办机构审核意见</td><td colspan="4">经办人：　　部门负责人：　　主管领导：

社保经办机构：（盖章）

办理日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

填　写　说　明

1. 本表由用人单位申请办理社会保险登记时填写。此表一式两份，分别由用人单位和社保经办 机构留存；

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. 地址、邮编：按单位所在的详细地址填写，应写明所在区(县)、街(乡、镇)、路(道、胡 同)和门牌号码及邮编；

4. 批准(登记)成立信息：指在市场监管部门注册登记证书或有关机关批准成立的文书或其它 核准执业证件上的相应信息；

5. 法定代表人或负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的 分支机构，填写单位主要负责人有关信息；

6. 经办部门及人员：填写参保单位负责本单位社会保险相关业务的部门及部门负责人、具体办 理社会保险相关业务工作人员的有关信息；

7. 机构类型：机关单位、参照公务员法管理的机关(单位)、事业单位、军队用人单位；

8. 单位类型：机关事业单位分为以下 9 类：(1)按照公务员法管理的单位；(2)参照公务员法管 理的机关(单位)；(3)行政类事业单位；(4)公益一类事业单位；(5)公益二类事业单位；(6)目前划分为 生产经营类但尚未转企改制到位的事业单位；(7).目前尚未确定分类类型的事业单位；(8).不纳入分类 范围的单位、(9)军队用人单位。

其余单位按照单位性质，填写企业、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；

9. 经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。本项为机关事业单位、军队 参保登记所填栏目；

10. 隶属关系：按中央属、部属、省属、市属、县属、乡镇属和军队属分类填写；

11. 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；

12. 职工(编制)总数：企业等单位按照本单位实际职工总数填写；机关事业单位、军队用人 单位按照机构编制部门最后一次核准的各类编制总数填写；

13. 在编人数：指在机关事业参保单位按照工作并领取工资的实有在职在编人数；

14. 退休人数：参保单位原在编人员中已办理退休的人数，由机关事业及军队等单位填写；

15. 开户银行、户名、银行账号：参保单位缴纳社会保险费、职业年金的开户银行、户名及银 行账号；

16. 参加险种及时间、参保地：参保单位在社保经办机构参加的各类险种及参加时间、参保地，按照机关事业单位基本养老保险、城镇职工基本养老保险、职业年金、工伤保险、失业保险、企业 年金等分类填写；

17. 备注：需要说明的其他情况；

18. 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。

附件 1-2

河南省社会保险单位信息变更申报表

单位名称：　　单位编号：

变更项目	变更前内容	变更后内容	备注
参保单位需说明的情况： 单位经办人：　　单位负责人：　　单位名称：（盖章）			

填写说明：

1. 本表由用人单位办理信息变更时填写；
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；
3. 单位编码：指社会保险信息系统中参保单位的唯一代码；
4. 变更项目：参保单位变更登记的事项；
5. 变更前内容：参保单位变更登记事项在现有社会保险登记证中的内容；
6. 变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分；
7. 备注：参保单位登记变更项目和内容时，需要注明的事项；
8. 参保单位需说明的情况：参保单位申报办理业务时，选择其他选项或需要说明情况 的，填写本项目。

附件 1-2

个人信息修改所需材料表

变更内容	所需资料
姓名、性别、证件号码、民族	公安部门提供的证明或参保单位出具的证明（正式红头文件）、居民身份证
户口性质、户口所在地所属行政区代码、户口所在地、户口簿编号	户口簿
参加工作日期、档案出生日期、个人身份、政治面貌、干部标志	人事档案
常住地所属行政区代码、常住地地址	居民身份证(或居住证)
文化程度	学历证明
婚姻状况	结婚证
军转人员等级、农民工标志、劳模标志、养老建账年月、养老账户类别、公务员标志、在编标志、退休前职务/职称/技术等级、退休前级别/岗位/薪级、改革时工资	专业技术证书；人事档案；参保人员基本信息变更表；户口簿；相关聘任文件；相关证件；相关部门批文；职业资格等级证书；转业定资表或人员供给介绍信等依据
用工形式	档案或劳动合同
专业技术职务级别、国家职业资格等级	劳动部颁发的职业资格证书
参保时间	组织或人力资源和社会保障等部门按规定程序办理的录用、调任转任、招聘、聘用(任)、流动、政策性安置等手续或工资变动审批表(调入定资、录聘定资、转业定资等)
中断原因和时间	离开原单位的文件材料或调动至现单位的文件材料
经费来源	机构编制管理部门认定的经费来源有关材料

附件 1-2

河南省社会保险参保人员信息变更申报表

单位名称：　　单位编码：

姓　名		公民身份号码	
变更项目	变更前内容	变更后内容	备　注
参保单位需说明的情况： 单位经办人：　　单位名称：（盖章） 单位负责人：　　填表日期：　　年　月　日			

填写说明

1.参保单位申报时需填报单位信息并加盖单位公章。灵活就业人员、城乡居民养老保险参保人员 无需填报单位信息；

2.请参保单位、灵活就业人员、城乡居民养老保险参保人员提供相关的变更证明材料；

3.灵活就业人员申请变更的项目因故无法提供原单位证明材料的，请在“需说明的情况”内做出 如下书面承诺：“本人郑重承诺，所提供身份信息及资料与申请变更的参保人员同属一人，所填报 的内容真实客观有效，愿意承担不实申报引起的所有后果及责任。”

附件 1-3

河南省社会保险单位注销申报表

批准撤销、解散等文件名称		批准日期	
注销原因	注销营业执照(　) 吊销营业执照(　)撤销(　　) 破产(关闭)(　)　兼(合)并(　)　改制(　　) 分立()批准或宣布终止() 迁往外省市()其他原因()		
参保单位需说明的情况： 单位经办人：　　单位负责人：　　单位名称：(公章) 填表日期：　　年　月　　日			

备注：此表一式两份，社保经办机构和参保单位各留存一份。

附件 1-4

河南省企业职工建立社会保险关系申报表(批量)

下列人员已与我单位正式建立劳动关系，现申请为下列人员办理社会保险登记手续，并保证按时足额缴纳社会保险费。

单位名称(公章):××××公司　　统一社会信用代码：914××××××　　单位编号：4199000××××

序号	公民身份号码	姓名	性别	民族	出生日期	个人身份	参加工作日期（年/月）	参保缴费日期（年/月）	月缴费工资（元）	缴费起止日期	户籍所在地	联系电话	邮政编码	家庭住址	通讯地址	职工签字及指印
1	×××	张三	男	汉	×年×月×日	工人	×年×月	×年×月	×××	×年×月	×××	1×××××	××××	××××	××××	张三
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

单位经办人姓名：×××　　联系方式：1××××××　　填报时间：　×年 ×月×日

说明：1.填报单位应认真、如实填写以上各项内容，并与上传电子数据内容一致。若填报不实，由此产生的法律责任由填报单位承担；

2. 养老保险、失业保险应自起薪当月开始参保缴费；工伤保险自受理次日参保生效，当月开始缴费；

3. “个人身份”:工人、干部、农民、学生、企业管理人员、事业单位管理人员、专业技术人员、退(离)休人员、现役军人、自由 职业者、个体经营者、无业人员；

4. 若职工因各种原因无法签字，由单位经办人通知其本人，经本人同意后，签经办人姓名并注明“代签”

附件 1-4

河南省职工社会保险关系建立(恢复)申报表

<table>
<tr><td>单位编号</td><td colspan="2">4199000××××</td><td>单位名称</td><td colspan="2">××××公司</td></tr>
<tr><td>姓　名</td><td>贾×</td><td>性　别</td><td>男</td><td>民族</td><td>汉</td></tr>
<tr><td>证件类型</td><td>身份证</td><td>证件号码</td><td colspan="3">410481××××</td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td>×年×月×日</td><td colspan="2">参加工作时间</td><td colspan="2">×年×月</td></tr>
<tr><td>个人身份</td><td colspan="2">干部</td><td colspan="2">经费来源
(仅限机关事业单位、军队用人单位工作人员填报)</td><td></td></tr>
<tr><td>申请参加险种</td><td colspan="3">缴费起止时间</td><td colspan="2">月缴费工资</td></tr>
<tr><td>企业职工养老保险</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>机关事业养老保险</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">职业年金</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>失业保险</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>工伤保险</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">单位意见：

同意报送，以上事项填写真实。
单位名称(盖章)：
经办人：　　负责人：　　日期：</td></tr>
</table>

备注：1.首次参加工作和再次工作的人员的月缴费工资按就业后第一个月工资填报；

2. 经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写；

3. 缴费起止时间指一个缴费年度内开始缴费和结束缴费的时间；补缴超过一个缴费年度的， 应分年度填写。

4. 除职业年金外缴费基数填写至 202403,自 2024 年 4 月 1 日起养老、失业、工伤缴费基数需 到税务部门申报。

附件 1-5

无雇工个体工商户、灵活就业人员参保登记表

<table>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3">410481×××××</td><td>个人编号</td><td></td></tr>
<tr><td>姓　名</td><td>张三</td><td>性别</td><td>男</td><td>出生年月</td><td>××年×月×日</td></tr>
<tr><td>民　族</td><td colspan="3">汉</td><td>参加工作时间</td><td>×年×月</td></tr>
<tr><td>户籍地</td><td colspan="3">××××××××××××</td><td rowspan="2">联系电话</td><td rowspan="2">13×××</td></tr>
<tr><td>常住地址</td><td colspan="3">××××××××××××</td></tr>
<tr><td>参加险种</td><td colspan="5">城镇企业职工基本养老保险</td></tr>
<tr><td>登记类型</td><td colspan="5">□增加　□减少</td></tr>
<tr><td>登记时间</td><td colspan="5">××年×月</td></tr>
<tr><td colspan="6">登记信息核对无误，本人申请办理。

本人签字：　张三　　×　年　×　月　×　日</td></tr>
<tr><td>社保经办机构意见</td><td colspan="5">（盖章）

经办人：　　办理日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

附件 1-6

河南省参保职工中断社会保险关系申报表(批量)

单位名称(公章)::××××××公司　　统一社会信用代码：914××××××　　单位编号：4199000××××××

序号	公民身份号码	姓　名	中断时间	人员中断缴费原因	备注	职工签字及指印
1	410481×××××	张三	××年×月	离职		张三
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

单位经办人姓名：×××　　联系方式：1×××××××　　填报时间：　× 年　× 月 × 日

说明：

1. 填报单位应认真、如实填写以上各项内容，并与上传电子数据内容一致。**若填报不实，由此产生的法律责任由填报单位承担；**

2. 人员中断缴费原因分为：在职人员解除/终止劳动合同、在职人员个人原因解除合同、双方协商一致解除劳动合同、工作调动、自动离职、辞职、劳 动合同到期、被开除、被除名、被辞退、人员参军、人员上学、人员被判刑、停薪留职、人员失踪、人员达到享受养老保险待遇条件、人员转出统筹范围外、 其他原因中断缴费等。

3. 若职工因各种原因无法签字，由单位经办人通知其本人，经本人同意后，签经办人姓名并注明“代签”；

4. 因本人意愿中断就业的，不可享受失业保险待遇；

5. 1-4 级伤残职工(农民工除外)不得中断工伤保险关系；五级、六级伤残职工经本人申请后可中断工伤保险关系；工伤职工工伤伤残待遇尚未终结 前，不得解除劳动关系。

附件 1-6

河南省参保职工中断社会保险关系申报表

单位编号：4199000××××××

单位名称	××××××公司		
姓　　名	张三	性　　别	男
身份证号码	410481××××××		
参保缴费险种	1. 企业职工养老保险 () 2. 机关事业单位养老保险 () 3. 失业保险 ()　　4. 工伤保险 ()		
中断原因	×××××		
单位意见： 同意报送，以上事项填写真实，填报不实，愿承担由此产生的法律责任。 单位名称：（盖章） 经办人：×××　　负责人：×××　　日期：×年×月×日			

备注：

1. **中断原因。企业等单位参保职工中断原因包括：**在职人员解除/终止劳动合同、在职人员个人原因解除合同、双方协商一致解除劳动合同、工作调动、自动离职、辞职、劳动合同到期、被开除、被除名、被辞退、人员参军、人员上学、人员被判刑、停薪留职、人员失踪、人员达到享受养老保险待遇条件、人员转出统筹范围外、其他原因中断缴费等；**机关事业单位参保职工中断原因包括：**辞职、被辞退、自动离职、聘用劳动合同到期、被开除、被除名、被判刑、被采取强制措施和受行政(刑事)处罚停发工资待遇、达到享受养老保险待遇条件、死亡、被宣告失踪、年满 70 周岁选择不再继续缴费、同级财政全额供款机关事业单位之间直接流动、其他情形机关事业单位之间流动、经组织批准由机关事业单位流动到企业(正式调动)、事业单位转制为企业、机构改革等原因批量中断；

2. **中断时间。**(1)原则上为当前工作年月；(2)其中机关事业单位参保职工中断原因为被开除、被除名、被判刑、死亡或事业单位转制为企业的，中断时间可追溯(修改)为对应被开除当月、被除名当月、刑期开始当月、死亡当月或事业单位转制为企业当月。

附件 1-7

河南省参保人员终止社会保险关系申报表

单位编号：4199000×××××　　申报日期：× 年 × 月 × 日

单位名称	×××××公司		
姓　名	张三	性　别	男
身份证号码	410481×××××		
参保缴费险种	1.机关事业单位养老保险()2.企业养老保险()3.居民养老保险()4.失业保险()5.工伤保险()		
终止原因			
养老保险有关政策告知	**一、属于“出国(境)定居”的：** 1.可保留养老保险关系，达到法定领取条件时，可按规定享受相应的养老保险待遇； 2.办理终止养老保险关系，仅支付个人账户储存额，不再享受养老保险待遇。 **二、达到法定退休年龄后累计缴费不足十五年的：** 1.可延长缴费至满十五年后，按规定享受相应的养老保险待遇； 2.可申请转入户籍所在地城乡居民基本养老保险，享受相应的养老保险待遇； 3.办理终止养老会保险关系，仅支付养老保险个人账户储存额，不再享受养老保险长期待遇。		
单位(个人)意见： 上述政策告知内容已经知晓，现申请终止社会保险关系，以上事项填写真实。 单位名称：(盖章) 签名(个人)： 经办人：××× 负责人：××× 日期：× 年 × 月 × 日			

1.机关事业单位参保职工终止原因包括：(1)在职人员死亡；(2)在职人员丧失中国国 籍；(3)达到退休年龄时缴费年限不足 15 年且本人自愿终止养老保险关系(放弃一次 性缴费至满 15 年)。2.居民养老保险参保人员无需填写单位。

附件 1-8

个人账户一次性待遇申领承诺书

办理业务及证明材料：

个人账户一次性待遇申领：

×××为参保人××的法定继承人或指定继承人，参保人已于 ×× 年 × 月 × 日死亡，殡葬方式为

承诺内容：

本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对个人账户一次性待遇申领事项证明义务和办理条件已充分知晓。在此本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意社保经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等列车和席次、获得货款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。并按《社会保险法》第八十八条之规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金二倍以上五倍以下的罚款。

承诺人：××××	身份证号：410481×××××
与申请人关系：本人/法定继承人(勾选)	
承诺日期： × × 年 × 月 × 日	

附件 1-1

社　会　保　险　登 记　表

单位名称：_____

申请日期：_____

河南省人力资源和社会保障厅制

<table>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>地　址</td><td colspan="2"></td><td>邮　编</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">统一社会信用代码证书信息（或事业单位法人证书信息）</td><td colspan="2">机构代码：</td><td>机构类型</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">颁发单位：</td><td>有效期限</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">批准（登记）成立信息</td><td rowspan="4">企业等单位登记信息</td><td colspan="4">执照种类：</td></tr>
<tr><td colspan="4">发照机关：</td></tr>
<tr><td colspan="4">发照日期：</td></tr>
<tr><td colspan="4">经济类型：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">机关事业单位批准成立信息</td><td colspan="4">批准单位：</td></tr>
<tr><td colspan="4">批准日期：</td></tr>
<tr><td colspan="4">批准文号：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">法定代表人或负责人</td><td>姓　名</td><td colspan="2"></td><td>电　话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>证件类型</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>证件号码</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">经办部门及人员</td><td>部门名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>负责人姓名</td><td colspan="2"></td><td>电　话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>经办人员姓名</td><td colspan="2"></td><td>电　话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>单位类型</td><td></td><td colspan="2">经费来源</td><td></td><td>隶属关系</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主管部门</td><td></td><td colspan="2">职工(编制)总数</td><td></td><td>退休人数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">在编人数</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">其中</td><td>财政全额拨款</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>非财政全额拨款</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">缴费账户</td><td>开户银行</td><td></td><td>户　名</td><td></td></tr>
<tr><td>银行账号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">拨付账户</td><td>开户银行</td><td></td><td>户　名</td><td></td></tr>
<tr><td>银行账号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">参加险种情况</td><td colspan="2">参加险种</td><td>参加日期</td><td>参保地</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>工伤行业风险类别</td><td colspan="2"></td><td>工伤基准费率</td><td></td></tr>
<tr><td>备　注</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>社保经办机构审核意见</td><td colspan="4">经办人：　　部门负责人：　　主管领导：

社保经办机构：（盖章）

办理日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

填　写　说　明

1. 本表由用人单位申请办理社会保险登记时填写。此表一式两份，分别由用人单位和社保经办 机构留存；

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. 地址、邮编：按单位所在的详细地址填写，应写明所在区(县)、街(乡、镇)、路(道、胡 同)和门牌号码及邮编；

4. 批准(登记)成立信息：指在市场监管部门注册登记证书或有关机关批准成立的文书或其它 核准执业证件上的相应信息；

5. 法定代表人或负责人：具有法人资格的单位，填写法定代表人有关信息；不具有法人资格的 分支机构，填写单位主要负责人有关信息；

6. 经办部门及人员：填写参保单位负责本单位社会保险相关业务的部门及部门负责人、具体办 理社会保险相关业务工作人员的有关信息；

7. 机构类型：机关单位、参照公务员法管理的机关(单位)、事业单位、军队用人单位；

8. 单位类型：机关事业单位分为以下 9 类：(1)按照公务员法管理的单位；(2)参照公务员法管 理的机关(单位)；(3)行政类事业单位；(4)公益一类事业单位；(5)公益二类事业单位；(6)目前划分为 生产经营类但尚未转企改制到位的事业单位；(7).目前尚未确定分类类型的事业单位；(8).不纳入分类 范围的单位、(9)军队用人单位。

其余单位按照单位性质，填写企业、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；

9. 经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写。本项为机关事业单位、军队 参保登记所填栏目；

10. 隶属关系：按中央属、部属、省属、市属、县属、乡镇属和军队属分类填写；

11. 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；

12. 职工(编制)总数：企业等单位按照本单位实际职工总数填写；机关事业单位、军队用人 单位按照机构编制部门最后一次核准的各类编制总数填写；

13. 在编人数：指在机关事业参保单位按照工作并领取工资的实有在职在编人数；

14. 退休人数：参保单位原在编人员中已办理退休的人数，由机关事业及军队等单位填写；

15. 开户银行、户名、银行账号：参保单位缴纳社会保险费、职业年金的开户银行、户名及银 行账号；

16. 参加险种及时间、参保地：参保单位在社保经办机构参加的各类险种及参加时间、参保地，按照机关事业单位基本养老保险、城镇职工基本养老保险、职业年金、工伤保险、失业保险、企业 年金等分类填写；

17. 备注：需要说明的其他情况；

18. 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。

附件 1-2

河南省社会保险单位信息变更申报表

单位名称：　　单位编号：

变更项目	变更前内容	变更后内容	备注
参保单位需说明的情况： 单位经办人：　　单位负责人：　　单位名称：（盖章）			

填写说明：

1. 本表由用人单位办理信息变更时填写；
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；
3. 单位编码：指社会保险信息系统中参保单位的唯一代码；
4. 变更项目：参保单位变更登记的事项；
5. 变更前内容：参保单位变更登记事项在现有社会保险登记证中的内容；
6. 变更后内容：参保单位申报变更的与调整前内容相对应的部分；
7. 备注：参保单位登记变更项目和内容时，需要注明的事项；
8. 参保单位需说明的情况：参保单位申报办理业务时，选择其他选项或需要说明情况 的，填写本项目。

附件 1-2

个人信息修改所需材料表

变更内容	所需资料
姓名、性别、证件号码、民族	公安部门提供的证明或参保单位出具的证明（正式红头文件）、居民身份证
户口性质、户口所在地所属行政区代码、户口所在地、户口簿编号	户口簿
参加工作日期、档案出生日期、个人身份、政治面貌、干部标志	人事档案
常住地所属行政区代码、常住地地址	居民身份证(或居住证)
文化程度	学历证明
婚姻状况	结婚证
军转人员等级、农民工标志、劳模标志、养老建账年月、养老账户类别、公务员标志、在编标志、退休前职务/职称/技术等级、退休前级别/岗位/薪级、改革时工资	专业技术证书；人事档案；参保人员基本信息变更表；户口簿；相关聘任文件；相关证件；相关部门批文；职业资格等级证书；转业定资表或人员供给介绍信等依据
用工形式	档案或劳动合同
专业技术职务级别、国家职业资格等级	劳动部颁发的职业资格证书
参保时间	组织或人力资源和社会保障等部门按规定程序办理的录用、调任转任、招聘、聘用(任)、流动、政策性安置等手续或工资变动审批表(调入定资、录聘定资、转业定资等)
中断原因和时间	离开原单位的文件材料或调动至现单位的文件材料
经费来源	机构编制管理部门认定的经费来源有关材料

附件 1-2

河南省社会保险参保人员信息变更申报表

单位名称：　　单位编码：

姓　名		公民身份号码	
变更项目	变更前内容	变更后内容	备　注
参保单位需说明的情况： 单位经办人：　　单位名称：（盖章） 单位负责人：　　填表日期：　　年　月　日			

填写说明

1.参保单位申报时需填报单位信息并加盖单位公章。灵活就业人员、城乡居民养老保险参保人员 无需填报单位信息；

2.请参保单位、灵活就业人员、城乡居民养老保险参保人员提供相关的变更证明材料；

3.灵活就业人员申请变更的项目因故无法提供原单位证明材料的，请在“需说明的情况”内做出 如下书面承诺：“本人郑重承诺，所提供身份信息及资料与申请变更的参保人员同属一人，所填报 的内容真实客观有效，愿意承担不实申报引起的所有后果及责任。”

附件 1-3

河南省社会保险单位注销申报表

批准撤销、解散等文件名称		批准日期	
注销原因	注销营业执照(　) 吊销营业执照(　)撤销(　　) 破产(关闭)(　)　兼(合)并(　)　改制(　　) 分立()批准或宣布终止() 迁往外省市()其他原因()		
参保单位需说明的情况： 单位经办人：　　单位负责人：　　单位名称：(公章) 填表日期：　　年　月　　日			

备注：此表一式两份，社保经办机构和参保单位各留存一份。

附件 1-4

河南省企业职工建立社会保险关系申报表(批量)

下列人员已与我单位正式建立劳动关系，现申请为下列人员办理社会保险登记手续，并保证按时足额缴纳社会保险费。

单位名称(公章):　　统一社会信用代码：　　单位编号：

序号	公民身份号码	姓名	性别	民族	出生日期	个人身份	参加工作日期(年/月)	参保缴费日期(年/月)	月缴费工资(元)	缴费起止日期	户籍所在地	联系电话	邮政编码	家庭住址	通讯地址	职工签字及指印
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

单位经办人姓名：　　联系方式：　　填报时间：　　年　　月　　日

说明：1.填报单位应认真、如实填写以上各项内容，并与上传电子数据内容一致。若填报不实，由此产生的法律责任由填报单位承担；

2. 养老保险、失业保险应自起薪当月开始参保缴费；工伤保险自受理次日参保生效，当月开始缴费；

3. “个人身份”:工人、干部、农民、学生、企业管理人员、事业单位管理人员、专业技术人员、退(离)休人员、现役军人、自由 职业者、个体经营者、无业人员；

4. 若职工因各种原因无法签字，由单位经办人通知其本人，经本人同意后，签经办人姓名并注明“代签”

附件 1-4

河南省职工社会保险关系建立(恢复)申报表

<table>
<tr><td>单位编号</td><td colspan="2"></td><td>单位名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>证件类型</td><td></td><td>证件号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td></td><td colspan="2">参加工作时间</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>个人身份</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">经费来源
(仅限机关事业单位、军队用人单位工作人员填报)</td><td></td></tr>
<tr><td>申请参加险种</td><td colspan="3">缴费起止时间</td><td colspan="2">月缴费工资</td></tr>
<tr><td>企业职工养老保险</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>机关事业养老保险</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">职业年金</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>失业保险</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>工伤保险</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">单位意见：

同意报送，以上事项填写真实。
单位名称(盖章):
经办人：　　负责人：　　日期：</td></tr>
</table>

备注：1.首次参加工作和再次工作的人员的月缴费工资按就业后第一个月工资填报；

2. 经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写；

3. 缴费起止时间指一个缴费年度内开始缴费和结束缴费的时间；补缴超过一个缴费年度的， 应分年度填写。

4. 除职业年金外缴费基数填写至 202403,自 2024 年 4 月 1 日起养老、失业、工伤缴费基数需 到税务部门申报。

附件 1-5

无雇工个体工商户、灵活就业人员参保登记表

<table>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3"></td><td>个人编号</td><td></td></tr>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>民　族</td><td colspan="3"></td><td>参加工作时间</td><td></td></tr>
<tr><td>户籍地</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">联系电话</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>常住地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>参加险种</td><td colspan="5">城镇企业职工基本养老保险</td></tr>
<tr><td>登记类型</td><td colspan="5">□增加　□减少</td></tr>
<tr><td>登记时间</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">登记信息核对无误，本人申请办理。

本人签字：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>社保经办
机构意见</td><td colspan="5">（盖章）

经办人：　　办理日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

附件 1-6

河南省参保职工中断社会保险关系申报表(批量)

单位名称(公章)::　　统一社会信用代码：　　单位编号：

序号	公民身份号码	姓　名	中断时间	人员中断缴费原因	备注	职工签字及指印
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

单位经办人姓名：　　联系方式：　　填报时间：　　年　　月　　日

说明：

1. 填报单位应认真、如实填写以上各项内容，并与上传电子数据内容一致。**若填报不实，由此产生的法律责任由填报单位承担；**

2. 人员中断缴费原因分为：在职人员解除/终止劳动合同、在职人员个人原因解除合同、双方协商一致解除劳动合同、工作调动、自动离职、辞职、劳 动合同到期、被开除、被除名、被辞退、人员参军、人员上学、人员被判刑、停薪留职、人员失踪、人员达到享受养老保险待遇条件、人员转出统筹范围外、 其他原因中断缴费等。

3. 若职工因各种原因无法签字，由单位经办人通知其本人，经本人同意后，签经办人姓名并注明“代签”；

4. 因本人意愿中断就业的，不可享受失业保险待遇；

5. 1-4 级伤残职工(农民工除外)不得中断工伤保险关系；五级、六级伤残职工经本人申请后可中断工伤保险关系；工伤职工工伤伤残待遇尚未终结 前，不得解除劳动关系。

附件 1-6

河南省参保职工中断社会保险关系申报表

单位编号：

单位名称			
姓　名		性　别	
身份证号码			
参保缴费险种	1.企业职工养老保险()2.机关事业单位养老保险() 3.失业保险()　　4.工伤保险()		
中断原因			
单位意见： 同意报送，以上事项填写真实，填报不实，愿承担由此产生的法律责任。 单位名称： 经办人：　　负责人：　　日期：　年　月　日			

备注：

1. **中断原因。企业等单位参保职工中断原因包括：**在职人员解除/终止劳动合同、在职人员个 人原因解除合同、双方协商一致解除劳动合同、工作调动、自动离职、辞职、劳动合同到期、被开 除、被除名、被辞退、人员参军、人员上学、人员被判刑、停薪留职、人员失踪、人员达到享受养 老保险待遇条件、人员转出统筹范围外、其他原因中断缴费等；**机关事业单位参保职工中断原因包 括：**辞职、被辞退、自动离职、聘用　劳动合同到期、被开除、被除名、被判刑、被采取强制措施 和受行政(刑事)处罚停发工资待遇、达到享受养老保险待遇条件、死亡、被宣告失踪、年满 70 周 岁选择不再继续缴费、同级财政全额供款机关事业单位之间直接流动、其他情形机关事业单位之间 流动、经组织批准由机关事业单位流动到企业(正式调动)、事业单位转制为企业、机构改革等原因 批量中断；

2. **中断时间。**(1)原则上为当前工作年月；(2)其中机关事业单位参保职工中断原因为被开除、 被除名、被判刑、死亡或事业单位转制为企业的，中断时间可追溯(修改)为对应被开除当月、被 除名当月、刑期开始当月、死亡当月或事业单位转制为企业当月。

附件 1-7

河南省参保人员终止社会保险关系申报表

单位编号：　　申报日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>姓　　名</td><td></td><td>性　　别</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>参保缴费险种</td><td colspan="3">1.机关事业单位养老保险()2.企业养老保险()3.居民养老保险()4.失业保险()5.工伤保险()</td></tr>
<tr><td>终止原因</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>养老保险有关政策告知</td><td colspan="3">一、属于“出国(境)定居”的：
1.可保留养老保险关系，达到法定领取条件时，可按规定享受相应的养老保险待遇；
2.办理终止养老保险关系，仅支付个人账户储存额，不再享受养老保险待遇。
二、达到法定退休年龄后累计缴费不足十五年的：
1.可延长缴费至满十五年后，按规定享受相应的养老保险待遇；
2.可申请转入户籍所在地城乡居民基本养老保险，享受相应的养老保险待遇；
3.办理终止养老会保险关系，仅支付养老保险个人账户储存额，不再享受养老保险长期待遇。</td></tr>
<tr><td colspan="4">单位(个人)意见：

上述政策告知内容已经知晓，现申请终止社会保险关系，以上事项填写真实。

单位名称：(盖章)
签名(个人)：

经办人：　　负责人：　　日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

1.机关事业单位参保职工终止原因包括：(1)在职人员死亡；(2)在职人员丧失中国国 籍；(3)达到退休年龄时缴费年限不足 15 年且本人自愿终止养老保险关系(放弃一次 性缴费至满 15 年)。2.居民养老保险参保人员无需填写单位。

附件 1-8

个人账户一次性待遇申领承诺书

<table>
<tr><td colspan="2">办理业务及证明材料：
个人账户一次性待遇申领：
_____为参保人_____的法定继承人或指定继承人，参保人已于 _____ 年_____月_____日死亡，殡葬方式为_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">承诺内容：
本人已认真阅读《社会保险经办业务证明事项告知承诺制告知书》及相关规定，对个人账户一次性待遇申领事项证明义务和办理条件已充分知晓。在此本人郑重承诺，已经符合本业务办理条件，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效，并授权同意社保经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的个人信息，用于核实承诺内容的真实性。同时，知悉本人如作出不实承诺，将被列入社会保险领域严重失信人名单，相关失信信息将在“信用中国”、人社门户网站等媒介公示，并接受由相关部门实施包括限制乘坐飞机、乘坐高等列车和席次、获得货款授信，通报批评，公开谴责等在内的跨部门联合惩戒，涉及犯罪的移交司法机关处理。并按《社会保险法)第八十八条之规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金二倍以上五倍以下的罚款。</td></tr>
<tr><td>承诺人：</td><td>身份证号：</td></tr>
<tr><td colspan="2">与申请人关系：本人/法定继承人(勾选)</td></tr>
<tr><td colspan="2">承诺日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>