关于做好2019年度社会保险

缴费基数申报工作的通知

县各用人单位：

社会保险缴费基数是社会保险征缴和待遇享受的基础性数据，关系到参保人员养老、医疗、工伤、失业、生育保险待遇的享受。根据《中华人民共和国社会保险法》、《社会保险费申报缴纳管理规定》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令第20号）、《江苏省社会保险费征缴条例》等规定，用人单位应当申报、缴纳社会保险费。结合我县具体情况，为做好2019年度社会保险缴费基数申报工作，现就有关事项通知如下：

**一、申报对象**

缴费基数申报对象为我县办理社会保险登记的各类企业、民办非企业单位、个体工商户（以下简称用人单位）。

用人单位应当为全部职工（包括外国人、港澳台人员）申报社会保险缴费基数。没有为职工办理社会保险登记的单位应补办参保登记，申报缴费基数，实现应保尽保。

**二、基数申报**

1、社会保险各险种实行统一缴费基数，统一申报。申报的缴费基数执行时间为2019年3月至2020年2月。如有特殊情况，另行通知。

2、职工个人2019年度的月缴费基数按其2018年1至12月平均工资收入申报。职工工资收入是指缴费单位直接支付给职工本人的劳动报酬（包括工资、奖金、津贴、补贴和其他工资性收入等）。职工月工资收入低于社会保险缴费基数下限（3125元）的，按下限申报；高于社会保险缴费基数上限（19935元）的，按上限申报。江苏省人力资源和社会保障厅公布新的社会保险缴费基数上下限后，再行调整。

3、用人单位申报职工缴费基数的情况应当经职工本人签字认可，并对申报情况的真实性承担相应的法律责任，职工签字确认的手续材料由用人单位留存备查。

4、各单位必须按时、如实申报社会保险缴费基数，如不及时申报调整，导致参保人员待遇受到影响的，由用人单位承担责任。

**三、申报方式及时间**

社会保险缴费基数申报采用柜面申报和网上申报两种方式。申报时间：2019年2月1日至2019年3月20日。

（一）柜面申报

没有开通CA网上申报的参保单位，可按规定填报《如东县2019年度社会保险缴费基数申报表》、《如东县2019年度社会保险缴费基数申报花名册》（各一式两份，加盖单位公章），另附Excel电子文档到县社会保险管理中心窗口进行申报。相关表格可到县社会保险管理中心窗口、单位所属镇（区）人社所领取，电子文档从参保企业办公QQ群，或“如东人社”微信公众号中下载。

（二）网上申报

1、已开通CA网上申报的参保单位，按照社会保险网上申报业务办事规则和协议书约定，直接在“网上申报系统”中办理缴费基数申报业务，无需向县社会保险管理中心报送纸质材料。

2、用人单位应保证网上申报数据的真实可靠，并对所申报的数据承担法律责任。

**四、柜面申报地点**

1. 县社会保险管理中心11号至14号窗口；

2.各镇（区）人社所窗口。

咨询电话：12333、84534152

附件：1.《如东县2019年度社会保险缴费基数申报表》

 2. 《如东县2019年度社会保险缴费基数申报花名册》

如东县人力资源和社会保障局

2019年1月10日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 如东县2019年度社会保险缴费基数申报表 |
| 社会保险编号： |  |  |  |  |  |  |  单位：人、元 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位简况 | 单位名称（盖章） | 　 |
| 单位地址 | 　 |
| 组织机构代码（统一社会信用代码） | 　 |
| 联 系 人　 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 应参保人数 | 　 | 申报人数 | 　 | 申报月缴费基数总额 | 　 |
|
| 其他需要说明的情况： |
| 　 |
|  本申报表的申报对象已包括所有应参保人员，是按国家人力资源和社会保障有关规定填报的，申报情况是真实的，相关申报情况已通报职工知晓。如有虚假，本单位愿承担法律责任。 |
| 　 |  |  | 法定代表人（签章） |  |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 年 月 日 | 　 |
| 社会保险经办机构受理意见： |
| 　 | 经办人： |  |  |  | 　 |
| 　 |  |  |  | 年 月 日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 说明： |  |  |  |  |  |
| （1）本表附《如东县2019年度社会保险缴费基数申报花名册》；（2）本表一式两份，单位与社会保险经办机构各一份。 |
| 单位填表人： 申报日期： 年 月 日 |  |  |
| 附件2： |  |  |  |  |
| 如东县2019年度社会保险缴费基数申报花名册 |
|  |  |  |  |  |  |
| 单位名称（盖章）： |  | 社会保险编号 | ： |
| 序号 | 个人编号 | 姓 名 | 身 份 证 号 码 | 申报月缴费基数 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合 计 | 　 | 　 |
| 说明：（1）本表填列单位申报时所有在职参保缴费人员；（2）各类企业及民办非企业的职工月缴费基数下限为3125元，上限为19935元；（3）申报月缴费基数单位为元，四舍五入，不保留小数；（4）本表一式两份，单位与社会保险经办机构各一份。 |
| 法人代表 ： 填表人：  |