

# 合水县人力资源和社会保障局文件

合人社发[2022]342号

---

## 关于做好2023年全县社会保险 缴费核定工作的通知

各乡镇人民政府，县直各部门，省市驻合各单位：

为了做好2023年度全县企业养老、失业、工伤、机关事业单位养老保险缴费核定工作，根据《社会保险法》、《社会保险费征缴暂行条例》和相关社会保险政策，现就2023年全县社会保险缴费核定工作通知如下：

### 一、社会保险费核定范围及对象

（一）参加企业职工养老保险的范围及对象：全县企业、企业化管理的事业单位及其职工，机关事业单位临时用工、公益性岗位、辅警、到非公经济组织就业的高校毕业生、城镇个体工商

户和灵活就业人员。

**(二) 参加失业保险的范围及对象：**全县企事业单位职工、机关事业单位非正式职工、公益性岗位、到非公经济组织就业的高校毕业生、社会团体及其职工，以及招用的农民合同工。

**(三) 参加工伤保险的范围及对象：**全县机关、企事业单位、省、市驻合单位的正式职工、临时用工、公益性岗位、辅警、到非公经济就业的高校毕业生，以及有雇工的个体工商户（含长、短期合同工、季节性临时工、农民工）。

**(四) 参加机关事业单位养老保险的范围及对象：**全县机关事业单位，省、市驻合的机关事业单位及其在编正式工作人员。

## **二、缴费基数及缴费比例**

### **(一) 企业职工养老保险缴费基数及比例**

1、**企业在职职工缴费基数：**企业以本单位在职职工上年度月平均工资作为缴费基数。单位缴费比例为 16%，个人缴费比例为 8%，月平均工资超过上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 300%以上部分，不计入个人缴费工资基数；个人缴费工资基数最低标准 4224 元。机关事业单位临时用工、辅警缴费基数及比例参照企业职工执行。

2、**城镇个体工商户和灵活就业人员缴费基数及比例：**城镇个体工商户和灵活就业人员的缴费基数为全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资，高于上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 300%的部分不计入，最低不低于 4224 元，缴费比

例为 20%。

3、公益性岗位人员缴费基数及比例：公益性岗位人员缴费基数最低为 4224 元，基本养老保险费由单位和个人共同负担，单位缴费比例为 16%，个人缴费比例为 8%。

4、到非公经济就业的高校毕业生缴费基数及比例：到非公经济就业的高校毕业生缴费基数最低为 4224 元，基本养老保险费由单位和个人共同负担，单位缴费比例为 16%，个人缴费比例为 8%。

## （二）失业保险缴费基数及比例

1、缴费基数：以本单位在职职工上年度月平均工资作为缴费基数。月平均工资超过上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 300%以上部分，不计入个人缴费工资基数；个人缴费工资基数不低于 4224 元。

2、缴费比例：参保单位按缴费基数的 0.7%缴费，参保职工个人按照本人应缴费工资的 0.3%缴费，城镇企事业单位招用的农民合同制工人个人不缴纳失业保险费。

## （三）工伤保险缴费基数及缴费比例

1、缴费基数：企业以本单位在职职工上年度月平均工资作为缴费基数，行政机关和参照公务员管理事业单位按照职工应发工资作为缴费基数，人均月平均工资超过上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 300%以上部分，不计入个人缴费工资基数；个人缴费工资基数不低于 4224 元。对建筑施工企业、小型服务

企业、小型矿山企业等难以按照企业工资总额缴纳工伤保险费的，按照《关于转发人社部、住建部、安监总局、全国总工会<关于进一步做好建筑业工伤保险工作的意见>的通知》（甘人社通[2015]48号）执行，一律按照7040元确定缴费基数。

2、缴费比例：工伤保险费依据企业工伤保险风险大小，按人社部[2015]71号文件规定，分行业确定缴费比例，缴费比例在0.2%-1.9%之间。行政机关和参照公务员管理事业单位参保人员按月应发工资的0.2%缴纳，教育、卫生行业相关单位参保人员按月应发工资的0.4%缴纳，依照建筑项目参加工伤保险的，按建筑工程承包合同总造价的1%缴纳工伤保险费。

#### （四）机关事业单位养老保险缴费基数及缴费比例

##### 1、缴费基数

（1）个人缴费基数：以2022年度职工本人月平均工资核定。机关单位（含参照公务员法管理的单位）个人缴费基数包括基本工资、国家统一规定津贴补贴（艰苦边远地区津贴等国家统一规定纳入原退休费计发基数的项目）、规范后的津贴补贴（地区附加津贴）、年终一次性奖金。事业单位个人缴费基数包括基本工资、国家统一的津贴补贴（艰苦边远地区津贴等国家统一规定纳入原退休费计发基数的项目）、绩效工资。其余项目暂不纳入个人缴费基数。

参保单位个人缴费工资基数超过上年度全口径城镇单位就业人员平均工资300%以上部分，不计入个人缴费工资基数；个

人缴费工资基数不低于最低标准 4224 元。

(2) 单位缴费基数：机关事业单位的缴费基数是本单位参保人员的个人缴费工资基数之和。

## 2、缴费比例

(1) 基本养老保险缴费比例：单位缴费比例为本单位工资总额的 16%，个人缴费比例为个人缴费工资的 8%。

(2) 职业年金缴费比例：单位缴费比例为本单位工资总额的 8%，个人缴费比例为个人缴费工资的 4%。

## 3、月缴费基数计算方法

(1) 工资无变动人员：2023 年月缴费基数=[2022 年月工资(基本工资+国家统一规定的津贴补贴+规范后的津贴补贴)×12+2021 年终奖(13 个月工资)或绩效工资]/12

(2) 工资有变动人员：采取分段计算方式，分段次数由工资变动次数决定。

2022 年月缴费基数=[2022 年月工资(A)(基本工资+国家统一规定的津贴补贴+规范后的津贴补贴)×对应月数+2022 年月工资(B)(基本工资+国家统一规定的津贴补贴+规范后的津贴补贴)×对应月数+...+2022 年终奖(13 个月工资)或绩效工资]/12

(3) 新参加工作人员：2023 年月缴费基数=起薪当月缴费工资。

## 三、参保核定及缴费

### (一) 参保核定

新参保单位在市场监督管理局注册登记时，由市场监督管理局“一站式”办理社会保险参保登记，如市场监督管理局未办理社会保险参保登记，企业可登录“甘肃人社公共服务平台”自主办理社会保险参保登记。已参保单位按照填表说明填写附表 5—附表 7。机关事业单位养老保险填写附表 16—附表 17。以上表格以电子版和纸质版同时报送，纸质版一式三份。

## （二）缴费方式

机关事业单位养老保险，机关事业单位临时用工、公益性岗位、辅警参加企业职工养老、失业、工伤必须于当月 15 日前完成核定工作，由县社保中心统一汇总后，财政局配套拨付到位后各单位月底前完成缴费，并将完税证明交回社保中心核定窗口。

企业养老保险、工伤保险（含建筑工程单位按项目参加工伤保险）、失业保险费必须于当月核定并在核定当月缴清各项费用；灵活就业人员参加企业职工养老保险，需持本人身份证在合水县税务局指定的金融机构（中国邮政储蓄银行合水县支行，地址：合水县振海家苑对面）缴费。

## 四、工作要求

（一）高度重视，落实责任。社会保险费的核缴工作关系单位及干部职工切身利益，是各项社会保险待遇按时足额支付的基础，与参保者利益密不可分，请各参保单位务必高度重视，确定专人，精心组织，按照要求填写核定表，确保核定工作顺利开展。

（二）认真审核，按时报送。社会保险费的核定工作要认真

细致，准确填写参保人员姓名、性别、身份证号、出生年月日、工作单位等信息数据。工伤事故发生前未按规定核定缴费的，所发生的工伤事故费用工伤保险基金一律不予支付。对未按规定报送核定的，未及时足额缴纳社会保险费的，影响参保职工待遇享受，造成此类问题由参保单位负责。

**（三）加强沟通，密切配合。**在社会保险费核定工作中涉及表格多、时间紧、任务重、要求高，遇到的新问题较多，请各单位加入合水县社会保险核定群（群号：288761311）和合水县机关保群（群号：290692380），与社会保险业务股室加强协调沟通，密切配合，共同做好参保单位和人员的社会保险核定缴费工作。

企业养老、工伤、失业保险业务联系电话： 5651146

机关事业单位养老保险业务联系电话： 5522310

附件：

- 1、《社会保险登记表》
- 2、《社会保险参保人员登记表》
- 3、《社会保险参保单位信息采集表》
- 4、《退休人员登记表》
- 5、《社会保险增减人员变化登记表》
- 6、《合水县公益性养老保险核定表（财政资金）》
- 7、《合水县公益性养老保险核定表（就业资金）》

- 8、《合水县失业保险信息汇总表》
- 9、《合水县 2023 年度参加工伤保险申报核定汇总表》
- 10、《2023 年度合水县工伤保险缴费基数核定表》
- 11、《合水县 2023 年非公对接养老保险核定表》
- 12、《合水县非公对接大学生失业保险信息汇总表》
- 13、《合水县 2023 年非公对接参加工伤保险申报核定汇总表》
- 14、《合水县 2023 年非公对接参加工伤保险缴费基数核定表》
- 15、《合水县企业养老保险核定表》
- 16、《合水县 2023 年机关事业单位养老保险缴费基数申报表》
- 17、《2023 年缴费基数计算明细表》

合水县人力资源和社会保障局

2022 年 12 月 30 日



# 社会保险登记表

单位盖章：

年 月 日

|             |            |                                                |                                        |            |          |               |  |
|-------------|------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|------------|----------|---------------|--|
| 登记类型        |            | 新参保单位 ( )                                      |                                        | 统筹范围转入 ( ) |          | 跨统筹范围转入 ( )   |  |
|             |            | 单位分立 ( )                                       |                                        | 单位合并 ( )   |          | 其他 ( )        |  |
| 单位类型        |            | 机关 ( ) 企业 ( )                                  |                                        | 社会团体 ( )   |          | 民办非企业 ( )     |  |
|             |            | 律师事务所 ( )                                      |                                        | 会计事务所 ( )  |          | 个体工商户 ( )     |  |
|             |            | 基金会 ( )                                        |                                        | 其他 ( )     |          |               |  |
| 单位类型        |            |                                                |                                        |            |          |               |  |
| 企业或个体工商户    | 工商登记信息     | 执照种类                                           | 企业法人营业执照 ( )                           |            | 营业执照 ( ) |               |  |
|             |            | 经济类型                                           | 国有 ( ) 集体 ( ) 外资 ( ) 私营 ( ) 其他 ( )     |            |          |               |  |
|             |            | 发照机关                                           |                                        |            | 执照号码     |               |  |
|             |            | 发照日期                                           |                                        |            | 有效期限     |               |  |
| 机关事业单位等     | 批准成立信息     | 批准单位                                           |                                        |            | 批准文号     |               |  |
|             |            | 批准日期                                           |                                        |            | 有效期限     |               |  |
|             |            | 事业单位经费来源                                       | 全额拨款 ( ) 差额拨款 ( ) 自收自支 ( ) 企业化管理 (是/否) |            |          |               |  |
| 主管部门名称      |            |                                                |                                        |            |          |               |  |
| 行业名称        |            |                                                |                                        | 行业风险类别     |          |               |  |
| 隶属关系        |            | 中央 ( ) 省 ( )                                   |                                        | 计划单列市 ( )  |          | 市、地区 ( )      |  |
|             |            | 县 ( )                                          |                                        | 部队 ( )     |          | 其他 ( ) 乡镇 ( ) |  |
| 单位法人代表或负责人  | 姓 名        |                                                |                                        | 联系电话       |          |               |  |
|             | 证件名称       |                                                |                                        | 证件号码       |          |               |  |
| 参保单位专管员     | 姓 名        |                                                | 所在部门                                   |            | 联系电话     |               |  |
| 单位地址        |            |                                                |                                        |            |          | 邮 编           |  |
| 开户银行        |            |                                                |                                        |            |          |               |  |
| 户 名         |            |                                                |                                        |            |          |               |  |
| 银行基本账号      |            |                                                |                                        |            |          |               |  |
| 参加社会保险项目及时间 | 参加项目       | 参加时间                                           | 参加项目 ( )                               | 参加时间       |          |               |  |
|             | 基本养老保险 ( ) |                                                | 工伤保险 ( )                               |            |          |               |  |
|             | 基本医疗保险 ( ) |                                                | 生育保险 ( )                               |            |          |               |  |
|             | 失业保险 ( )   |                                                |                                        |            |          |               |  |
| 缴费方式        |            | 委托扣款 ( ) 小额借贷 ( ) 电汇 ( ) 本票 ( ) 缴费卡 ( ) 其他 ( ) |                                        |            |          |               |  |
| 备 注         |            |                                                |                                        |            |          |               |  |
| 社会保险登记编号    |            |                                                |                                        | 单位编号       |          |               |  |

用人单位制表人：

经办机构审核人：

经办机构（章）

用人单位负责人：

经办机构复核人：

## 社会保险参保人员登记表

登记时间:

年 月 日

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |      |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|--|
| 单位名称                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |      | 单位类型                                                                                                                                                                                       |                |        |  |
| 姓 名                        |                                                                                                                                                                                                                                                           | 性 别     |      | 民 族                                                                                                                                                                                        |                | 文化程度   |  |
| 出生年月                       |                                                                                                                                                                                                                                                           | 参加工作时间  |      | 进入本单位时间                                                                                                                                                                                    |                | 社会保险编号 |  |
| 户口性质                       |                                                                                                                                                                                                                                                           | 身份证号    |      |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
| 户 口所在地                     | _____省_____市_____县_____乡(镇)                                                                                                                                                                                                                               |         |      |                                                                                                                                                                                            | 联系电话           |        |  |
| 住 址                        | _____市_____县_____乡(镇)_____街_____号                                                                                                                                                                                                                         |         |      |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
| 用工形式                       | <input type="checkbox"/> 合同工 <input type="checkbox"/> 公务员 <input type="checkbox"/> 退伍军人 <input type="checkbox"/> 事业单位工作人员 <input type="checkbox"/> 其它(原全民工、集体工)<br><input type="checkbox"/> 农民工 <input type="checkbox"/> 个体户 <input type="checkbox"/> 临时工 |         |      |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
| 参保形式                       | <input type="checkbox"/> 新参保 <input type="checkbox"/> 县外市内转入 <input type="checkbox"/> 市外省内转入 <input type="checkbox"/> 省外转入                                                                                                                                |         |      |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
| 参保<br>社会 保<br>险 项 目<br>与时间 | 参保项目                                                                                                                                                                                                                                                      | 参保时间    | 参保项目 | 参保时间                                                                                                                                                                                       |                |        |  |
|                            | 养老保险                                                                                                                                                                                                                                                      |         | 工伤保险 |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
|                            | 失业保险                                                                                                                                                                                                                                                      |         | 生育保险 |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
|                            | 医疗保险                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
| 身份证粘贴处                     |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |      |                                                                                                                                                                                            | 参保人意见          |        |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |      |                                                                                                                                                                                            | 签名:<br><br>时间: |        |  |
| 社会保险经办机构意见                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |      |                                                                                                                                                                                            |                |        |  |
| 经办人初审意见:                   |                                                                                                                                                                                                                                                           | 稽核人审核意见 |      | 经审核, 符合参加<br><input type="checkbox"/> 养老 <input type="checkbox"/> 失业 <input type="checkbox"/> 医疗 <input type="checkbox"/> 工伤<br><input type="checkbox"/> 生育等项社会保险, 同意其自<br>年 月 日开始缴纳社会保险费。 |                |        |  |
|                            |                                                                                                                                                                                                                                                           |         |      | (盖章)<br>年 月 日                                                                                                                                                                              |                |        |  |



附件4

## 退休人员登记表

单位名称: (盖章)

填报时间: 年 月 日

[illegible]

说明：个人编号即为身份证号，减员年月即为退休时间

负责人签字:

经办人签字:

附件5

社会保险增减人员变化登记表

单位名称：（盖章）

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号 | 增减原因 | 增减时间 | 月缴费基数 |
|----|------|----|------|------|------|-------|
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |
|    |      |    |      |      |      |       |

说明：个人编号即为身份证号

负责人签字：

经办人签字：

附件6

## 合水县公益性养老保险核定表（财政资金）

月份： 月

单位名称：（盖章）

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 个人缴费基数 |
|----|------|----|-------|--------|
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
| 合计 |      |    |       |        |

说明：个人编号即为身份证号；

附件7

## 合水县公益性养老保险核定表（就业资金）

月份： 月

单位名称：（盖章）

填报时间： 年 月 日

| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 个人缴费基数 |
|----|------|----|-------|--------|
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
|    |      |    |       |        |
| 合计 |      |    |       |        |

说明：个人编号即为身份证号；



## 合水县2023年度 月参加工伤保险申报核定汇总表

单位性质:

填报单位:

填报时间:

年

月

日

| 项目            |          | 序号 | 申报数<br>(申报单位填写) | 核定数<br>(社保机构填写) |
|---------------|----------|----|-----------------|-----------------|
| 一. 参保人员数 (人)  |          | 01 |                 |                 |
|               | 在职职工 (人) | 02 |                 |                 |
|               | 农民工 (人)  | 03 |                 |                 |
| 二. 月工资总额 (元)  |          | 04 |                 |                 |
|               | 在职职工 (元) | 05 |                 |                 |
|               | 农民工 (元)  | 06 |                 |                 |
| 三. 核定费率       |          | 07 |                 |                 |
| 四. 本月应缴金额 (元) |          | 08 |                 |                 |
|               | 在职职工 (元) | 09 |                 |                 |
|               | 农民工 (元)  | 10 |                 |                 |

参保单位经办人:

经办机构审核人:

联系电话:

参保单位负责人:

核定时间: 年 月 日

联系电话:

联系电话: 5651142



附件11

合水县2023年 月非公对接养老保险核定表

单位名称：（盖章） 填报时间： 年 月 日

| 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 个人缴费基数 |
|------|----|-------|--------|
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
| 合计   |    |       |        |

说明：个人编号即为身份证号；

附件12

## 合水县非公对接大学生失业保险信息汇总表 月

单位名称：（盖章）

填报时间： 年 月 日

| 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 个人缴费基数 |
|------|----|-------|--------|
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
|      |    |       |        |
| 合计   |    |       |        |

说明：个人编号即为身份证号；

参保单位经办人：

联系电话：

参保单位负责人：

联系电话：

经办机构审核人：

核定时间： 年 月 日

合水县2023年非公对接 月参加工伤保险申报核定汇总表

单位性质:

填报单位: 填报时间: 年 月 日

| 项目            |          | 序号 | 申报数<br>(申报单位填写) | 核定数<br>(社保机构填写) |
|---------------|----------|----|-----------------|-----------------|
| 一. 参保人员数 (人)  |          | 01 |                 |                 |
|               | 在职职工 (人) | 02 |                 |                 |
|               | 农民工 (人)  | 03 |                 |                 |
| 二. 月工资总额 (元)  |          | 04 |                 |                 |
|               | 在职职工 (元) | 05 |                 |                 |
|               | 农民工 (元)  | 06 |                 |                 |
| 三. 核定费率       |          | 07 |                 |                 |
| 四. 本月应缴金额 (元) |          | 08 |                 |                 |
|               | 在职职工 (元) | 09 |                 |                 |
|               | 农民工 (元)  | 10 |                 |                 |

参保单位经办人:

经办机构审核人:

联系电话:

参保单位负责人:

核定时间: 年 月 日

联系电话:

联系电话: 5651142

## 合水县2023年非公对接 月参加工伤保险缴费基数核定表

填报单位：

填报时间： 年 月 日

| 个人编号 | 姓名 | 身份证号 | 月缴费基数 |
|------|----|------|-------|
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
|      |    |      |       |
| 合 计  |    |      |       |

说明：个人编号即为身份证号；按月核定，每月前半月核定。

参保单位经办人：

经办机构审核人：

联系电话：

参保单位负责人：

联系电话：

核定时间： 年 月 日

附件16

# 合水县2023年机关事业单位养老保险缴费基数申报表

单位名称（公章）：

| 序号   | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 2023年缴费基数 | 2023年月扣养老保险 | 备注 |
|------|------|----|-------|-----------|-------------|----|
| 1    |      |    |       |           |             |    |
| 2    |      |    |       |           |             |    |
| 3    |      |    |       |           |             |    |
| 4    |      |    |       |           |             |    |
| 5    |      |    |       |           |             |    |
| 6    |      |    |       |           |             |    |
| 7    |      |    |       |           |             |    |
| 8    |      |    |       |           |             |    |
| 9    |      |    |       |           |             |    |
| 10   |      |    |       |           |             |    |
| 11   |      |    |       |           |             |    |
| 12   |      |    |       |           |             |    |
| 13   |      |    |       |           |             |    |
| 14   |      |    |       |           |             |    |
| 15   |      |    |       |           |             |    |
| 16   |      |    |       |           |             |    |
| 17   |      |    |       |           |             |    |
| 18   |      |    |       |           |             |    |
| 19   |      |    |       |           |             |    |
| 20   |      |    |       |           |             |    |
| 本页小计 |      |    |       |           |             |    |
| 总 计  |      |    |       |           |             |    |

单位负责人：

社保审核人：

单位经办人： 日期： 年 月 日

审核日期： 年 月 日



附件17

- 1、参保人员的个人缴费工资基数包括：本人上年度工资收入中的基本工资（含教护提高10%）、国家统一的津贴补贴（艰苦边远地区津贴、高原补贴、区类差、保留补贴、警衔津贴等国家统一规定纳入原退休费计发基数的项目）、规范后的津贴补贴（绩效工资）、年终一次性奖金（年终奖励性绩效工资）；
- 2、不含纪检、审计农业有毒有害、环保、林业、兽医、信访办案人员工作补贴、密码津贴、执勤津贴、加班补贴、司法助理员津贴、政法委工作补贴、法官工作补贴、安检津贴等行业岗位津贴、乡镇岗位津贴、农村教师补贴等；
- 3、三支一扶、就业援助、大学生村官、特岗教师服务期内无年终奖。

2023年缴费基数计算明细表

单位名称（盖章）：

| 序号 | 姓名 | 2022年月应发工资（计入2022年正常晋升、行政职务变动、岗位、技术等级变动工资，交通补贴不含）                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     | 2023年<br>月扣养老<br>保险 | 2023年<br>缴费基数 | 2022年终<br>奖（年终<br>奖励性绩<br>效工资） | 备注 |
|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|---------------------|---------------|--------------------------------|----|
|    |    | 2022年月平均工资=（2022年12工资表应发工资-行业岗位津贴、乡镇岗位津贴、农村教师补贴等+2021年正常<br>晋升晋级工资），有职务职称变动的，从相应月份加入月增资 |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
|    |    | 1月                                                                                      | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |                     |               |                                |    |
| 1  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 2  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 3  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 4  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 5  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 6  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 7  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 8  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 9  |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |
| 10 |    |                                                                                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |                     |               |                                |    |

单位经办人：

联系电话：

---

抄送：本局各局长，纪检组长。

---

合水县人力资源和社会保障局

2022 年 12 月 30 日印发

---

(共印 180 份)