单位补缴职工养老保险费申请表

账户类别：　一般账户〔 〕临时账户〔 〕

<table>
<tr><td>用工单位</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">补缴人信息</td><td>姓名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td>性别</td><td></td><td>户籍所在地
及联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">补缴年限</td><td>起止年月</td><td colspan="3">相关证明材料明细</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>累计补缴年限</td><td>年　个月</td><td>补缴人（签名）</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>书面承诺</td><td colspan="4">本单位及经办人承诺，单位申请补缴职工养老保险费的证明材料真实，一经办理不再变更或撤销。如与事实不符，一经查实，严格按照国家有关法律法规承担相应责任。

经办人（签名）　　用工单位（加盖公章）

年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>审核意见</td><td colspan="4">经审核，该用工单位及申请补缴人符合（不符合）相关规定，可累计补缴　年个月的职工养老保险费。

审核人（签名）　　社会保险经办机构（加盖公章）

年　　月　　日</td></tr>
</table>

备注：1、此表一式三份，用人单位、补缴人、社会保险经办机构各留存一份；

2、申请补缴的相关证明材料由社会保险经办机构一并存档。