

社会保险费缴费申报表(适用单位缴费人)

*用人单位名称： 智辉源 (上海) 科技服务有限责任公司 *纳税人识别号：91310117MAC5JW0Y2T

申报性质：

序号	*社会保险经办机构	*单位编号	*参保费种	*征收品目	*征收子目	*费款所属日期起	*费款所属日期止	缴费人数	职工工资总额	缴费基数	*费率	*本期应缴费额	本期减免费额	本期应补 (退) 费额
1	上海市社会保险事业管理中心松江分中心	02057476	企业职工基本养老保险费	职工基本养老保险(单位缴纳)	--	2024-10	2024-10	2	12000.00	14,768.00	16.0000%	2,362.88	0.00	2,362.88
2	上海市社会保险事业管理中心松江分中心	02057476	企业职工基本养老保险费	职工基本养老保险(个人缴纳)	--	2024-10	2024-10	2	12000.00	14,768.00	8.0000%	1,181.44	0.00	1,181.44
3	上海市社会保险事业管理中心松江分中心	02057476	失业保险费	失业保险(单位缴纳)	--	2024-10	2024-10	2	12000.00	14,768.00	0.5000%	73.84	0.00	73.84
4	上海市社会保险事业管理中心松江分中心	02057476	失业保险费	失业保险(个人缴纳)	--	2024-10	2024-10	2	12000.00	14,768.00	0.5000%	73.84	0.00	73.84
5	上海市社会保险事业管理中心松江分中心	02057476	基本医疗保险费	职工基本医疗保险(单位缴纳)	--	2024-10	2024-10	2	12000.00	14,768.00	8.5000%	1,255.28	0.00	1,255.28
6	上海市社会保险事业管理中心松江分中心	02057476	基本医疗保险费	职工基本医疗保险(个人缴纳)	--	2024-10	2024-10	2	12000.00	14,768.00	2.0000%	295.36	0.00	295.36
7	上海市社会保险事业管理中心松江分中心	02057476	基本医疗保险费	地方附加医疗保险	--	2024-10	2024-10	2	12000.00	14,768.00	0.5000%	73.84	0.00	73.84
8	上海市社会保险事业管理中心松江分中心	02057476	工伤保险费	工伤保险	--	2024-10	2024-10	2	12000.00	14,768.00	0.2560%	37.80	0.00	37.80

合计	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	5,354.28	0.00	5,354.28
* 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，任何与申报有关的往来文件，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：					