|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **山西省社会保险年度工资申报表** | | | | | | | | | | |
| （ 2024 ）年度 | | | | | | | | | | |
| 单位名称（章）：  单位编码（按需填报）： | | | | 纳税人识别号： | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **公民身份证号码** | | | **工资起止月份** | | **月平均工资** | | **本人签字** | **备注** |
| **起始月** | **终止月** |
| 1 |  |  | | |  |  |  | |  |  |
| 2 |  |  | | |  |  |  | |  |  |
| 3 |  |  | | |  |  |  | |  |  |
| 4 |  |  | | |  |  |  | |  |  |
| 5 |  |  | | |  |  |  | |  |  |
| 6 |  |  | | |  |  |  | |  |  |
| 7 |  |  | | |  |  |  | |  |  |
| **单位职工月平均工资总额** | | ------ | | | ------ | ------ |  | | ------ | ------ |
| 申报 单位 意见 | **本申报单位已熟知国家和省的有关社会保险的政策、法律和法规，并承诺所提供的报表和申报的数据是真实、准确的，个人月平均工资已由本人确认，并已在单位进行过公示。对因申报不实而造成的一切后果，本单位承担相应的法律责任。** | | | | | | | | | |
| 经办人： | | 部门负责人： | | | | | 单位负责人： | | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | |
| **说明：“月平均工资”一项严格按照《劳动和社会保障部社会保险事业管理中心关于规范社会保险缴费基数有关问题的通知》（劳社险中心函〔2006〕60号）、《关于进一步完善职工基本医疗保险缴费相关问题的通知》（晋医保办发〔2023〕18号）、《关于机关事业单位养老保险缴费工资基数和待遇统筹项目的有关问题的通知》（晋人社厅发[2016]82号）和我省规范的补充绩效工资中的基础绩效奖，如实申报职工个人月平均工资基数规定的项目内的实际收入；“单位职工月平均工资总额”指单位全部参保人员 “月平均工资”的合计。** | | | | | | | | | | |