|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **南京市用人单位职工社会保险缴费基数调整表** | | | | | | | | | |
| 单位全称（盖章）： 单位省社保号（统一信用代码）： 单位市社保号： | | | | | | | | |  |
| 序号 | 社会保障卡号 | 姓名 | | 公民身份号码 | 开始年月 | 调整前月缴费基数 （元） | 调整后月缴费基数 （元） | 个人签字 | 备注 |
| 1 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |

说明：此表一式三份，社保、医保经办机构，用人单位各一份。