

### 基层快递网点优先参加工伤保险参保登记核定表

单位名称（公章）：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 月 日

单位类型	企业 <input type="checkbox"/>	机关 <input type="checkbox"/>	事业 <input type="checkbox"/>	社团 <input type="checkbox"/>	民办非企业 <input type="checkbox"/>	城镇个体工商户 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>
参保单位法定代表人或负责人	姓名			联系电话			
	证件名称			证件号码			
单位经办联系人	姓名			联系电话			
企业或基层快递网点	经济类别	国有 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>					
	发照机关			统一社会信用代码			
	发照日期				有效期限		
用人单位填报	职工人数						
	月工资总额						
用人单位承诺	<p>我单位承诺向贵中心提供的参保资料（营业执照、加盖的单位公章、法人代表身份证、工伤保险人员增减花名册等）真实、有效，如以后发现存在虚假申报行为，我单位将承担一切法律责任。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（加盖单位公章）： _____</p> <p style="text-align: right;">_____年 月 日</p>						
工伤保险经办机构核定	职工参保人数（人）						
	核定费率						
	基金征缴科审核意见						_____年 月 日
	分管领导复审意见						_____年 月 日
	中心领导审批意见						_____年 月 日

参保单位经办人员签名：\_\_\_\_\_

备注：1、用人单位按照工资总额乘以缴费费率的方式缴纳工伤保险费，基层网点难以直接按照工资总额计算的，缴费基数按湖南省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资申报。2、用人单位新参保后需及时缴费，且参保存续期间内，须按规定的时间按月缴费，不要欠费。3、用人单位需及时申报人员异动增加与减少。

# 优先参加工伤保险从业人员基本信息表

单位名称：

年 月 日

序号	姓名	性别	出生年月日（不需要录入、自动生成）	证件号码		婚否	参保工资	是否为革命伤残军人	
				身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>				否	是（填写证件号码）
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

单位负责人：

联系电话：

填表说明：1、参保人数10人以上（含10人）须报送电子版本。2、字迹填写清晰，不能涂改。3、已达法定退休年龄或已办理退休手续的人员不能参保。

# 已参保基层快递网点所属末端快递网点参保人员增减花名册

单位工伤保险代码:

单位名称(章):

日期:

序号	姓名	性别	出生年月日 (随身份证号码自动生成)	身份证号码	人员增加			人员减少			备注	
					首次投保	续保	申报时间	减退	死亡	转退休		
1			19--		√							
2			19--		√							
3			19--		√							
4			19--		√							
5			19--		√							
6			19--		√							
7			19--		√							
8			19--		√				√			
9			19--						√			
10			19--						√			
11			19--						√			
12			19--						√			
13			19--						√			
14			19--						√			
15			19--						√			
16			19--						√			
合 计					人			人			人	

参保单位制表人:

联系电话:

市邮政管理部门审核意见: