

淮安市人力资源和社会保障局 淮安市医疗保障局 文件

淮人社发〔2020〕45号

关于开展 2020 年度社会保险缴费 基数申报的通知

市直各参保单位：

根据《社会保险法》、《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令 第 259 号）、《社会保险费申报缴纳管理规定》（人社部令 第 20 号）等法律法规要求，现将市直 2020 年度社会保险缴费基数申报（以下简称基数申报）工作有关事项通知如下：

一、基数申报时间

2020 年 5 月 15 日至 6 月 30 日。

二、基数申报地点

市政务服务中心 E 区，在职职工在人社征缴 1-5 号窗口申报；机关、事业单位、部省属企业退休人员在医保账户管理窗口申报。

三、基数申报程序

用人单位在淮安市人力资源和社会保障局门户网站（<http://rsj.huaiian.gov.cn/>）下载 2019 年度职工工资收入台账，携带 U 盘到市政务服务中心 E 区人社征缴 1-5 号窗口拷贝本单位参保职工的《社会保险职工缴费工资花名册》；到 E 区医保账户管理窗口拷贝机关、事业单位、部省属企业退休人员医疗保险个人账户划拨基数的电子信息。

四、缴费基数申报应提供的资料（复印件留存）

（一）2019 年发放职工工资明细账（原件、复印件）。

（二）2019 年 2 月份和 11 月份发放职工工资凭证及工资表（原件、复印件）。

（三）《2019 年度职工工资收入台账》（附件 1）。

（四）《社会保险职工缴费工资花名册》纸质表（一式二份）及其电子信息。

（五）《单位信息确认表》（附件 2）。

（六）机关、事业单位、部省属企业退休人员医疗保险个人账户划拨基数信息纸质表及电子信息。

（七）机关、事业单位养老保险待遇人员明细表。

五、缴费基数申报填报要求

（一）市直五项社会保险采用统一的缴费基数。各参保单位须按实申报单位职工 2019 年度的月平均工资，作为 2020 年 7 月 1 日至 2021 年 6 月 30 日期间的社会保险缴费基数。最低缴费

基数和最高缴费基数待省统一发布后由市工伤保险基金管理中心（原市社会保险费征缴管理中心）进行统一调整。

（二）缴费基数统计口径按照《关于工资总额组成的规定》（国家统计局令〔1990〕1号）、《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）和《关于规范养老保险缴费基数有关问题的补充意见》（苏社险管〔2007〕9号）等相关文件规定，参保单位的工资总额是各参保单位在2019年度直接支付给本单位全部职工的劳动报酬总额，由计时工资、计件工资、奖金、加班加点工资、特殊情况下支付的工资、津贴、补贴等组成。如工资总额与申报缴费基数总额差额较大的，请附情况说明。

（三）2020年度申报的缴费基数须经职工代表签字或公示，单位应将公示文书报市工伤保险基金管理中心（原市社会保险费征缴管理中心）备案。社会保险劳务派遣（代理）机构的收入台账须经被派遣（代理）用人单位（实际用工单位）和社会保险劳务派遣（代理）机构双方共同确认。

（四）机关事业单位退休人员个人账户从7月份起按照调整后的工资基数划拨个人账户。逾期申报的，退休人员个人帐户从申报次月起按新基数进行帐户划拨。

（五）受疫情影响，用人单位当期未能按时申报缴费基数的可延期申报，用人单位补办申报手续后，职工缴费基数按其实际申报数执行，但缴费基数上下限按省公布的标准执行。

在职职工社会保险缴费基数申报咨询电话：83888264、83888313、83888317；机关、事业单位、部省属企业退休人员申报联系电话：83888182。

附件：

1. 2019 年度职工工资收入台账
2. 单位信息确认表



淮北市人力资源和社会保障局办公室 2020年5月15日印发

附件 1

2019 年度职工工资收入台帐

单位社保编号：

单位名称（盖章）：

职工人数（人）：

工资收入总额（元）：

序号	社保个人 编 号	工 资 收 入 姓 名	月 份												合 计	月平均 工资	
			一 月	二 月	三 月	四 月	五 月	六 月	七 月	八 月	九 月	十 月	十 一 月	十 二 月			

- 注：1. 工资收入是指按国家统计局规定支付给职工的工资、奖金、津贴和补贴、加班加点工资和特殊情况下支付的工资。
 2. 职工工资收入台帐应包括统计年度单位发放工资的全部职工（含未在本单位参保人员及本年度已离开人员）。
 3. 本表为职工收入台帐纸质样表, 电子格式在淮安市人力资源和社会保障网 (<http://rsj.huaiian.gov.cn>) 下载。

附件 2

单位信息确认表

单位名称			
单位编号		统一信用代码	
缴费单位专管员姓名			
缴费单位专管员手机号码			
缴费单位专管员办公电话			
缴费单位专管员 QQ 号			
单位地址			
单位经办人签字			
单位经办人联系电话			

社保机构审核人：

填报日期：