表单号：0800122-J1

个体劳动者（灵活就业人员）参保登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  | | | | 纳税编码 | |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  |
| 住址 |  | | | | 手机号码 | |  |
| 险种  项目 | **职工基本养老保险** | | | **基本医疗保险（含门诊）** | | | |
| 登记类型 | □增加 □减少 | | | □增加 □减少 | | | |
| 登记时间  （变动年月） | 年　　月 | | | 年　 月 | | | |
| 月缴费基数 | □3383.33　□4227.78  □5072　□8450　□12677.78 | | | 2819 | | | |
| 缴费费率 | 18% | | | 9.5% | | | |
| 月缴费金额 | □609元 □761元  □913元□1521元□12282元 | | | □267.81（其中门诊个账28.19） | | | |
| 补缴内容 | 补缴开始年月 |  | | 补缴截止年月 | |  | |
| 补缴月数 |  | | 补缴月数 | |  | |
| 补缴金额 |  | | 补缴金额 | |  | |
| 次月合计  缴纳金额 |  | | | 备注 | | □是否延缴 | |
| 凭本表和本人的合作银行、工商银行卡及身份证到地税窗口办理代扣缴委托手续。本人已经知晓《关于个体劳动者社会保障费缴费办法的公告》 、《关于个体劳动者参保人员社会保险费缴费办法的告知书》中规定的有关事项，造成因欠费而中止享受社保待遇等后果的，责任由缴费人自负。”  本人已知晓，确认无误。  签字：  年 月 日 | | | | 社保  经办  机构  意见 | | 社保编码：  （盖章）  年 月 日 | |

**备注：**1. 登记后请在当月办理代扣缴委托手续。

2.城镇个体劳动者首次参加职工基本医疗保险的，请参保人自行到社保局（凤凰路579号）一楼社保卡中心窗口办理社会保障卡事宜。

3.城镇个体劳动者首次参加职工基本医疗保险的，必须连续缴费满3个月后方可享受医保待遇；中断后3个月内续保的，在补缴中断期间医疗保险费后的次月享受医保待遇，不补缴或超过3个月后续保的，必须从续保之月起缴费满3个月后方可享受医保待遇；

4.缴费人在当年7月1日至次年6月30日期间未缴清欠费的，将对缴费人作中断处理，补缴标准按新结算年度缴费标准执行。

5.社保经办机构咨询电话：12333。