附件2

企业养老保险参保单位人员增减变更确认单

单位编号： 单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 证件号码 | 变更事项  （增加/减少） | 增加/减少时间 | 缴费工资 | 缴费基数 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 确认栏 | | 以上信息经确认无误。 | | |  |  |  |  |
|  |  |  | 申办人签字： |  |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 | |  |  |

经办人： 经办时间： 打印时间：