## 表2

## 社会保险补贴（企业吸纳）人员花名册

|  |
| --- |
| 申请单位名称（盖章）：广州飞翔汽车保险代理有限公司汕尾海丰附城营业部 申请日期： 申请表编号：联系人： 联系电话： |
| 序号 | 姓名 | 手机号码 | 性别 | 身份证号码 | 人员类别 | 就业创业证号 | 毕业时间 | 签订劳动合同期限 | 申请补贴期限 | 申请期限内社保补贴情况 | 申请补贴金额（元） |
| 养老保险（元） | 失业保险（元） | 工伤保险（元） | 生育保险（元） | 医疗保险（元） |
| 1 | 潘依梦梦 | 133\*\*\*\*\*796 | 女 | 44058219\*\*\*\*\*\*0640 |  | 441000020005217 | 20190628 | 201911至202011 | 2020年第一二季度 | 409.36 | 14.01 | 2.92 | 92.07 | 674.94 | 1193.33 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |  |

填报人： 审核人： 负责人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日