|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  新就业形态人员职业伤害保障费缴费申报表 | | | | | | | | |
| **费款所属期： 年 月 日至 年 月 日** | | | |  | **填表日期： 年 月 日** | | | |
| **平台企业名称** |  | | | **统一社会信用代码（纳税人识别号）** | |  | | |
| **社会保险经办机构** |  | | | **社会保险单位编号** | |  | | |
| **序 号** | **费种** | **费款品目** | **费款子目** | **总单量（单）** | **缴费基准额（元/单）** | **浮动后比例** | **缴费标准（元/单）** | **应缴费额（元）** |
| **①** | **②** | **③** | **④** | **⑤** | **⑥** | **⑦=⑤×⑥** | **⑧=④×⑦** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **……** | **……** | **……** | **……** | **……** | **……** | **……** | **……** | **……** |
| **合 计** | **——** | **——** | **——** |  | **——** | **——** | **——** |  |
| **声明：**本表是根据《新就业形态人员职业伤害保障办法（试行）》和《新就业形态人员职业伤害保障业务经办和征  收管理规程（试行）》相关规定填写的，本单位对填报内容的真实性、完整性、准确性负责。  缴费人（印章）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **经办人（签章）： 经办人身份证件号码：  经办人联系电话： 代理机构（印章）： 代理机构统一社会信用代码（纳税人识别号）：** | | | | **受理人（签章）：**  **主管税务机关（印章）：**  **受理日期： 年 月 日** | | | | |