

社会保险费缴费申报表 (适用单位缴费人)

*用人单位名称: 西安光华荣昌汽车部件有限公司

*纳税人识别号: 91610132MA6U02NH6X

申报性质:

序号	*社会保险经办机构	*单位编号	*参保费种	*征收品目	*征收子目	*费款所属日期起	*费款所属日期止	缴费人数	职工工资总额	缴费基数	*费率	*本期应缴费额	*本期减免免费额	*本期应补(退)费额	抵缴费额	*本期实际应缴纳费额
1	西安市高陵区社会保险事业管理中心(职工医保)	6100000100000000000138631	基本医疗保险费	职工基本医疗保险(单位缴纳)		2025-02	2025-02	41	201,737.00	213,280.00	8%	17,062.40	0.00	17,062.40		17,062.40
2	西安市高陵区社会保险事业管理中心(职工医保)	6100000100000000000138631	基本医疗保险费	职工基本医疗保险(个人缴纳)		2025-02	2025-02	41	201,737.00	213,280.00	2%	4,265.60	0.00	4,265.60		4,265.60
3	西安市高陵区社会保险事业管理中心(职工医保)	6100000100000000000138631	基本医疗保险费	职工大额医疗补助保险(单位缴纳)		2025-02	2025-02	41	201,737.00	262.40	100%	262.40	0.00	262.40		262.40
4	西安市高陵区社会保险事业管理中心(职工医保)	6100000100000000000138631	基本医疗保险费	职工大额医疗补助保险(个人缴纳)		2025-02	2025-02	41	201,737.00	65.60	100%	65.60	0.00	65.60		65.60
合计	---	---	---	---	---	---	---	---	---	426,888.00	---	21,656.00	0.00	21,656.00	0.00	21,656.00
*缴费人声明	本单位所申报的社会保险费真实、准确并完整,与事实相符。 法定代表人(负责人)签名:			*授权人声明 我单位授权 为本单位代理申报人,任何与申报有关的往来文件,都可寄此代理机构。 委托代理合同号: 授权人:			*代理人声明 本单位所申报的社会保险费真实、准确并完整,与事实相符。 代理人(签章): 经办人:			年 月 日						
*受理税务机关:			*受理人:			*受理日期: 2025年02月19日			备注:							