

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	职工大额医疗补助保险（单位缴纳）		2025-05	2025-05	40	196,884.00	256.00	100%	256.00	0.00	256.00		256.00
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	职工大额医疗补助保险（个人缴纳）		2025-05	2025-05	40	196,884.00	64.00	100%	64.00	0.00	64.00		64.00
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	职工基本医疗保险（单位缴纳）		2025-05	2025-05	40	196,884.00	208,098.00	8%	16,647.84	0.00	16,647.84		16,647.84
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	职工基本医疗保险（个人缴纳）		2025-05	2025-05	40	196,884.00	208,098.00	2%	4,161.96	0.00	4,161.96		4,161.96
合计	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	416,516.00	— —	21,129.80	0.00	21,129.80	0.00	21,129.80
* 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：						
*受理税务机关：			*受理人：				*受理日期：2025年05月19日				备注：					