

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)		2025-06	2025-06	39	192,031.00	202,916.00	8%	16,233.28	0.00	16,233.28		16,233.28
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)		2025-06	2025-06	39	192,031.00	202,916.00	2%	4,058.32	0.00	4,058.32		4,058.32
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)		2025-06	2025-06	39	192,031.00	249.60	100%	249.60	0.00	249.60		249.60
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)		2025-06	2025-06	39	192,031.00	62.40	100%	62.40	0.00	62.40		62.40
合计	---	---	---	---	---	---	---	---	---	406,144.00	---	20,603.60	0.00	20,603.60	0.00	20,603.60
*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06月21日				备注：					