附件2

**四川省社会保险网上业务开通参保单位申请表**

|  |
| --- |
| **申请须知：**1.申请人需提供有效身份证（复印件加盖单位公章）；『新办』和『变更』业务提交此表并加盖单位公章。 |
| 1. **用户信息**
 |
| 单位性质： □ 企业 □ 机关/事业单位  □ 社会团体 □ 其他 单位名称： 单位电话： 统一社会信用代码号： 机构代码（其他）：   单位社保编号： 二级单位名称：  |
| 1. **经办人信息**
 |
| **本单位授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_为以下人员办理本单位的社会保险网上业务的申请或维护事宜。** |
| 姓名 |  | 联系手机： |  | 邮箱： |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 开通功能 | □ 参保□ 企保待遇□ 机保待遇 □ 工伤待遇 |
| 姓名 |  | 联系手机： |  | 邮箱： |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 开通功能 | □ 参保□ 企保待遇□ 机保待遇 □ 工伤待遇 |
| 姓名 |  | 联系手机： |  | 邮箱： |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 开通功能 | □ 参保□ 企保待遇□ 机保待遇 □ 工伤待遇 |
| 姓名 |  | 联系手机： |  | 邮箱： |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 开通功能 | □ 参保□ 企保待遇□ 机保待遇 □ 工伤待遇 |
| 姓名 |  | 联系手机： |  | 邮箱： |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 开通功能 | □ 参保□ 企保待遇□ 机保待遇 □ 工伤待遇 |
| **申请单位在此郑重申明：** 以上申请信息真实有效。单位盖章：申请日期： 年 月 日 |
| 社保经办机构受理意见： **□ 审核通过 □**不通过  社保经办机构开通网上业务确认（章）年 月 日 |