附件5企业招用就业困难人员（应届高校毕业生）缴纳社会保险花名册

　　申请单位（盖章）：                                       单位：元                       日期：      年      月    日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　**序号** | 　　**姓名** | 　　**性别** | 　　**身份证号码** | 　　**对象类型（就业困难人员/应届高校毕业生）** | 　　**基本养老保险费（单位缴纳部分）** | 　　**基本医疗保险费（单位缴纳部分）** | 　　**失业保险费（单位缴纳部分）** | 　　**合计** |
| 　　1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　3 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　4 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　5 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　6 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　7 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　8 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　9 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 　　10 |   |   |   |   |   |   |   |   |