附件2

企业职工补缴基本养老保险费申请书

 （参保经办机构名称）：

本人 ，身份证号 ,联系方式 ，自愿按照（社平60%□、社平100%□、原实际工资收入□ 元/月）补缴 年 月至 年 月的企业职工基本养老保险费，特此申请办理补缴手续。

 申请人：

 年 月 日

我单位同意 的补缴申请，承诺该职工申请补缴企业职工基本养老保险费的信息真实有效，特此申请。

 单位名称（盖章）

 年 月 日