

KINH PHÍ ĐÓNG BHXH CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG TRONG TRƯỜNG HỢP ĐƠN VỊ KHÔNG CÒN KHẢ NĂNG ĐÓNG BHXH

STT	Mã định danh đơn vị	Tên đơn vị	Họ và tên	Mã số BHXH	Ngày/tháng/năm sinh		Xác nhận thời gian đóng quỹ hưu trí, tử tuất		Số tiền đóng vào quỹ hưu trí tử tuất	Ghi chú
					Nam	Nữ	Từ tháng/năm	Đến tháng/năm		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tổng cộng										

LẬP BIỂU

....., ngày ... tháng.....năm
GIÁM ĐỐC