用人单位补缴企业职工基本养老保险费

申 请 书

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_：

我单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（单位名称），未按规定及时足额缴纳基本养老保险费，根据四川省人力资源和社会保障厅《关于企业职工基本养老保险费缴纳有关问题的处理意见》（川人社办发〔2015〕158号、川人社办发〔2016〕62号等文件）补费规定，现申请为我单位\_\_\_\_名职工（详细名单见申报花名册）补缴基本养老保险费。目前，我单位已对补缴人员进行了公示，现保证所提交资料的真实性，并承诺在收到《社会保险费缴费通知单》后的5个工作日内缴清基本养老保险费。

联系电话： 申请单位（签章）：

年 月 日