附件

复核申请表（样式）

 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **企业信息** | **统一社会信用代码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **单位名称** |  |
| **联系人** |  | **联系电话（座机及手机）** |  |
| **人员基础信息** | **身份证号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **姓名** |  | **性别** |  | **联系电话（手机）** |  |
| **申请类型** | **申请合并办理就业登记 □** |
| **申请撤销合并办理就业登记 □** |
| **申请复核原因及情况描述：****申请人（签字）：****申请日期： 年 月 日** |
| **以下由街镇社保所填写** |
| **复核结果：****填写人： 填写日期： 年 月 日** |
| **告知申请人情况：****告知内容：** **告知方式：□ 当面告知：本人已知晓复核结果。** **本人签字： 告知日期： 年 月 日****□ 电话告知：** **告知人： 告知日期： 年 月 日****□ 其他方式：**  **告知人： 告知日期： 年 月 日** |

注：1.本表用于新开办企业就业登记和社会保险参保登记合并办理不成功或对合并办理结果有异议，申请复核时填写。其中，对合并办理结果有异议的，申请人应自接到告知之日起60日内提出复核申请。

2.登记失业人员应向失业登记地街镇社保所提出复核申请；新开办企业应向注册地或经营地街镇社保所提出复核申请。

3.申请人应写明申请复核原因和涉及的业务内容，并提供相应材料。