

Tên đơn vị/Điểm thu:

Mã đơn vị/Điểm thu:MS thuế:

Địa chỉ:

Điện thoại: Email:

Mẫu D05-TS
(Ban hành kèm theo QĐ: 490/QĐ-BHXH ngày
28/03/2023 của BHXH Việt Nam)

DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM XÃ HỘI TỰ NGUYỆN

STT	Họ và tên	Mã số BHXH	Số CCCD/ CNTND/ ĐDCN/hộ chiếu	Địa chỉ	Ngày biên lai	Số biên lai	Mức thu nhập tháng đóng BHXH	Phương thức đóng		Số tiền đóng						Mã số nhân viên thu	Ghi chú		
								Số tháng đóng	Từ tháng/ năm	Số tiền phải đóng theo quy định	Trong đó								
											Hỗ trợ								
								Người tham gia đóng	NSNN hỗ trợ theo quy định		NSDP hỗ trợ thêm		Hỗ trợ khác						
Tỷ lệ % được hỗ trợ	Số tiền	Tỷ lệ % được hỗ trợ	Số tiền	Tỷ lệ % được hỗ trợ	Số tiền														
A	B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
I	Tăng																		
I.1	Người lao động																		
I.2	Mức thu nhập tháng																		
	Cộng tăng																		
II	Giảm																		
I.1	Người lao động																		
I.2	Mức thu nhập tháng																		
	Cộng giảm																		

Tổng số sổ BHXH đề nghị cấp:

....., ngàytháng.....năm.....

- Ghi chú: Cột 16 chỉ áp dụng đối với tổ chức dịch vụ thu BHXH tự nguyện BHYT

Tổ chức dịch vụ thu

(ký, ghi rõ họ tên)

