

## 99.灵活就业人员补缴养老保险

- 一、服务对象：参保人员
- 二、受理部门：新乡市社保中心综合业务服务科
- 三、受理地址：新乡市红旗区新二街与人民东路交汇处东北角市民中心二楼 103-106 号窗口
- 四、联系人：薛国利
- 五、联系电话：0373-3078262
- 六、法定办理时限：1 个工作日
- 七、承诺办理时限：1 个工作日
- 八、收费情况：不收费
- 九、监督投诉电话：0373-3696600
- 十、设立依据：

《河南省人力资源和社会保障厅关于我省灵活就业人员缴纳企业职工基本养老保险费有关问题的答复意见》（豫人社文〔2022〕167号）。一、根据国家有关规定，灵活就业人员可按月计半年或年缴费。缴费时，最早可从当年1月起缴纳基本养老保险费，即不能跨自然年度向前缴纳或补缴。二、灵活就业人员征缴计划生成后，原则上应在计划产生的本自然年度内完成缴费，至本自然年度结束时仍未完成缴费的，灵活就业人员的征缴

计划不再执行。三、灵活就业人员缴纳本自然年应内基本养老保险费用的，不加收滞纳金。四、国家和我省对灵活就业人员缴纳基本养老保险符合缓缴政策的，按缓缴政策规定执行。

### **十一、受理条件：**

灵活就业人员符合各项社会保险费补缴条件的可以补缴。

### **十二、申请材料：**

（一）灵活就业人员身份证；

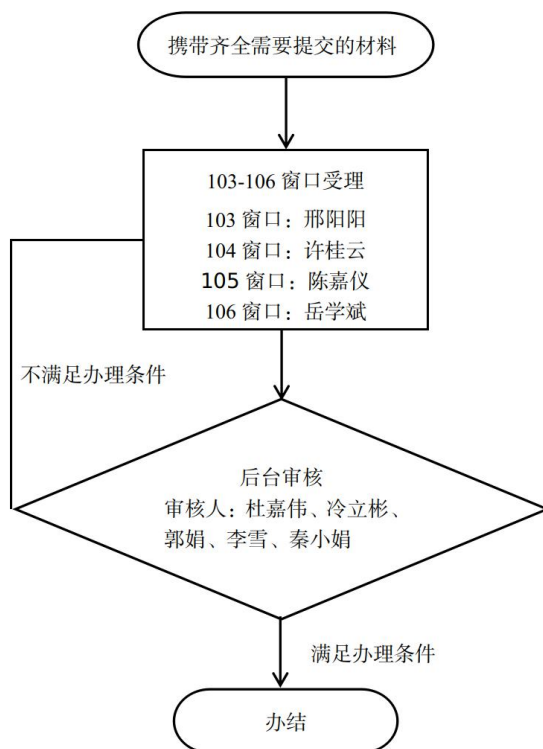
（二）通过各种第三方服务机构按照灵活就业人员缴费比例缴纳企业养老保险费的，需填写《河南省职工社会保险关系建立（恢复）申报表》。

### **十三、办理流程：**

携带齐全需要提交的材料，到窗口（103-106）办理。

## 十四、办理流程图

### 灵活就业人员补缴养老保险



咨询电话: 0373-3078262

监督电话: 0373-3696600

## 十五、文书格式

### 河南省职工社会保险关系建立（恢复）申报表

单位编号：

|                                                                                                                                                                       |        |        |                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------------------------------|----|
| 单位名称                                                                                                                                                                  |        |        |                                 |    |
| 姓名                                                                                                                                                                    |        | 性别     |                                 | 民族 |
| 证件类型                                                                                                                                                                  |        | 证件号码   |                                 |    |
| 出生日期                                                                                                                                                                  |        | 参加工作时间 |                                 |    |
| 个人身份                                                                                                                                                                  |        |        | 经费来源<br>（仅限机关事业单位、军队用人单位工作人员填报） |    |
| 申请参加险种                                                                                                                                                                | 缴费起止时间 |        | 月缴费工资                           |    |
| 企业职工<br>养老保险                                                                                                                                                          |        |        |                                 |    |
|                                                                                                                                                                       |        |        |                                 |    |
|                                                                                                                                                                       |        |        |                                 |    |
|                                                                                                                                                                       |        |        |                                 |    |
| 机关事业单位<br>养老保险                                                                                                                                                        |        |        |                                 |    |
|                                                                                                                                                                       |        |        |                                 |    |
|                                                                                                                                                                       |        |        |                                 |    |
|                                                                                                                                                                       |        |        |                                 |    |
| 失业保险                                                                                                                                                                  |        |        |                                 |    |
| 工伤保险                                                                                                                                                                  |        |        |                                 |    |
| 单位意见：<br><br><p style="text-align: center;">同意报送，以上事项填写真实。</p> <p style="text-align: right;">单位名称（盖章）：</p> <p>经办人：                    负责人：                    日期：</p> |        |        |                                 |    |

备注：1. 首次参加工作和再次工作的人员的月缴费工资按就业后第一个月工资填报；  
 2. 经费来源：按照财政全额拨款、差额拨款、自收自支分类填写；  
 3. 缴费起止时间指一个缴费年度内开始缴费和结束缴费的时间；补缴超过一个缴费年度的，应分年度填写。