附件2

核定应缴社会保险费数额协办函

[ ]人社协办字[（年份）]第（编号）号

：（社保中心或分中心名称）

根据 ，本单位对

（用人单位名称）下达《 》

（文号： ），责令其于 年 月 日前为 办理社会保险登记。

截至 年 月 日， （用人单位名称）逾期未按要求办理社会保险登记，根据《中华人民共和国社会保险法》第八十四条、第八十六条规定，请你中心于 年 月 日前，将核定的用人单位应缴社会保险费数额以书面形式反馈我单位，并依法责令用人单位限期补缴社会保险费。

附：1．《 》（文号： ）

2．执法过程中获取的劳动关系、职工收入等证明材料

经 办 人：

联系电话： 传真：

联系地址：

（人社行政执法机构印章）

年 月 日

收件人：

（社会保险经办机构印章）

年 月 日

（一式两联：第一联由人社行政执法机构部门留存，第二联由社会保险经办机构留存）