|  |  |
| --- | --- |
|  BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM**BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH, TP……..** | Mẫu D04m-TS*(Ban hành kèm theo QĐ số: 595/QĐ-BHXH ngày 14/4/2017 của BHXH Việt Nam)* |

**Danh sách đơn vị đề nghị thanh tra đột xuất**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên đơn vị** | **Mã số BHXH** | **Địa chỉ** | **Lao động** | **Tổng số tiền nợ** | **Số tháng nợ** | **Ghi chú** |
| **Tổng số lao động** | **Đã tham gia BHXH** | **Chưa tham gia BHXH** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lập biểu***(ký, ghi rõ họ tên)* |  | *…………,ngày …. tháng….năm……..* **Thủ trưởng đơn vị***(ký, ghi rõ họ tên)* |