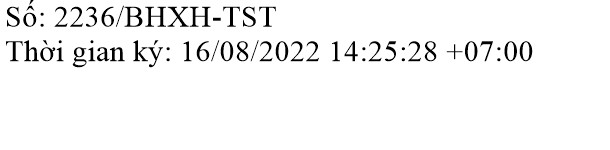
**ĐƠN VỊ: ………..**

**Mẫu số: 01-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số:* */BHXH-TST ngày*

*......./......../.* *của BHXH Việt Nam)*

# DANH SÁCH ĐƠN VỊ SỬ DỤNG LAO ĐỘNG CHƯA CÓ TRONG DỮ LIỆU DO CƠ QUAN THUẾ/KẾ HOẠCH VÀ ĐẦU TƯ CUNG CẤP VÀ CHƯA THAM GIA BHXH, BHYT BẮT BUỘC

*Tại thời điểm ngày ….. tháng….. năm …………*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên đơn vị** | **Mã số đơn vị** | **Địa chỉ** | **Tên người đại diện theo pháp luật của đơn vị** | **Số điện thoại liên hệ** | **Email** | **Số lao động đang sử dụng** | **Ghi chú** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | C |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |
| … | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*…., ngày ….. tháng… năm 20….*

Người lập biểu Thủ trưởng đơn vị

*(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*

BHXH ……..

**BHXH……**

**Mẫu số: 02a-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số* */BHXH-TST*

*ngày ....../....../.* *của BHXH Việt Nam)*

# DANH SÁCH ĐƠN VỊ CHƯA THAM GIA BHXH, BHYT CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG

*(Tại thời điểm ngày ……. tháng …… năm* *)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên đơn vị** | **Mã số đơn vị** | **Địa chỉ** | **Tên người đại diện theo pháp luật của đơn vị** | **Số điện thoại liên hệ** | **Email** | **Số lao động chưa tham gia BHXH, BHYT** | **Ghi chú** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | C |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |
| … | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*…., ngày ….. tháng… năm 20….*

Người lập biểu Giám đốc BHXH

*(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*

BHXH …

**BHXH ……**

## DANH SÁCH LAO ĐỘNG CHƯA THAM GIA BHXH, BHYT

**(Đối với đơn vị chưa tham gia cho toàn bộ lao động)**

**Mẫu số: 02-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số:* */BHXH-TST*

*ngày ....../....../.* *của BHXH Việt Nam)*

**Tên đơn vị: ……………………………………………………..; Mã số thuế ……………….; Địa chỉ …………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số thuế** | **Ngày, tháng, năm sinh** | **Giới tính** | **Chức danh, nghề nghiệp** | **Ngày vào làm việc tại đơn vị** | **Mức khấu trừ thuế thu nhập cá nhân** | | **Ghi chú** |
| **Số tiền** | **Thời điểm bắt**  **đầu hưởng** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 |  | 5 | 6 | C |
| 1 | Nguyễn Văn M | 123456 | 12/11/1985 | Nam | Kế toán |  | 5,500,000 | 6/1/2017 |  |
| 2 | Nguyễn Thị P | 555666 | 10/1/1990 | Nữ | Nhân viên kinh doanh |  | 7,500,000 | 5/1/2017 |  |
| .. | ……………… | ….. | *……* | *..* | *………….* |  | *……* | …….. |  |
| .. | ……………… | ….. | *……* | *..* | *………….* |  | *……* | …….. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*….,ngày ….. tháng ….. năm …..*

**Người lập biểu Giám đốc BHXH**

*(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*

BHXH ……..

**BHXH……**

**Mẫu số: 03a-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số:* */BHXH-TST*

*ngày ....../....../.* *của BHXH Việt Nam)*

# DANH SÁCH ĐƠN VỊ CHƯA THAM GIA BHXH, BHYT ĐẦY ĐỦ CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG

*(Tại thời điểm ngày ……. tháng …… năm* *)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên đơn vị** | **Mã số đơn vị** | **Địa chỉ** | **Tên người đại diện theo pháp luật của đơn vị** | **Số điện thoại liên hệ** | **Email** | **Số lao động chưa tham gia BHXH, BHYT** | **Ghi chú** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | C |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |
| … | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*…., ngày ….. tháng… năm 20….*

Người lập biểu Giám đốc BHXH

*(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*

BHXH …

**BHXH ……**

## DANH SÁCH LAO ĐỘNG CHƯA THAM GIA BHXH, BHYT

**(Đối với đơn vị chưa tham gia đầy đủ cho toàn bộ lao động)**

**Mẫu số: 03-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số:* */BHXH-TST*

*ngày ....../....../.* *của BHXH Việt Nam)*

**Tên đơn vị: ……………………………………………………..; Mã số thuế ……………….; Địa chỉ …………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Họ và tên** | **Mã số thuế** | **Ngày, tháng, năm sinh** | **Giới tính** | **Chức danh, nghề nghiệp** | **Ngày vào làm việc tại đơn vị** | **Mức khấu trừ thuế thu nhập cá nhân** | | **Ghi chú** |
| **Số tiền** | **Thời điểm bắt**  **đầu hưởng** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | C |
| 1 | Nguyễn Văn M | 123456 | 12/11/1985 | Nam | Kế toán |  | 5,500,000 | 6/1/2017 |  |
| 2 | Nguyễn Thị P | 555666 | 10/1/1990 | Nữ | Nhân viên kinh doanh |  | 7,500,000 | 5/1/2017 |  |
| .. | ……………… | ….. | *……* | *..* | *………….* |  | *……* | …….. |  |
| .. | ……………… | ….. | *……* | *..* | *………….* |  | *……* | …….. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*….,ngày ….. tháng ….. năm …..*

**Người lập biểu Giám đốc BHXH**

*(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*

BHXH ……..

**BHXH……**

**Mẫu số: 07-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số:* */BHXH-TST ngày*

*....../....../.* *của BHXH Việt Nam)*

**CẬP NHẬT KẾT QUẢ KHAI THÁC, PHÁT TRIỂN NGƯỜI THAM GIA BHXH, BHYT BẮT BUỘC**

*(Tại thời điểm ngày ……. tháng …… năm* *)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên đơn vị** | **Mã số đơn vị** | **Số lao động chưa tham gia BHXH, BHYT** | **Ngày, tháng gửi Thông báo** | **Ngày, tháng tổ chức hội nghị** | **Kiểm tra tại đơn vị** | | | **Thanh tra** | | | **Ngày, tháng chuyển hồ sơ đề nghị cơ quan Công an điều tra** | **Đăng ký tham gia BHXH, BHYT** | | **Ghi chú** |
| **Ngày, tháng kiểm tra** | **Số lao động thuộc đối tượng tham gia** | **Số lao động không thuộc đối tượng tham gia** | **Ngày, tháng thanh tra** | **Số lao động thuộc đối tượng tham gia** | **Số lao động không thuộc đối tượng tham gia** | **Số lao động đã đăng ký tham gia** | **Số lao động chưa đăng ký tham gia** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | C |
| **I** | **Đơn vị chưa tham gia BHXH,**  **BHYT bắt buộc** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** | **Đơn vị chưa tham gia BHXH,**  **BHYT bắt buộc đầy đủ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … | ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*…., ngày ….. tháng… năm 20….*

**Người lập biểu Giám đốc BHXH**

*(ký, ghi rõ họ tên) (ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

**BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH, TP……**

BÁO CÁO

**Mẫu số: 08-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số:* */BHXH-TST*

*ngày ....../....../.* *của BHXH Việt Nam)*

Kết quả khai thác, phát triển đối tượng tham gia BHXH, BHYT bắt buộc năm …..

*Từ ngày ….. tháng ….. năm …… đến ngày ….. tháng ….. năm ……….*

1. **Kết quả rà soát, khai thác phát triển đối tượng tham gia BHXH, BHYT**

*Đơn vị tính: Đơn vị/người*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Số TT** | **Diễn giải** | **Trong kỳ** | | **Lũy kế** | | **Ghi chú** |
| **Số đơn vị** | **Số người** | **Số đơn vị** | **Số người** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | C |
| **I** | **Số đơn vị, số người phải khai thác** |  |  |  |  |  |
| 1 | Đơn vị, số người lao động chưa tham gia |  |  |  |  |  |
| 2 | Đơn vi, số người chưa tham gia đầy đủ cho người lao động |  |  |  |  |  |
| **II** | **Thực hiện nhiệm vụ khai thác** |  |  |  |  |  |
| 1 | Gửi thông báo |  |  |  |  |  |
| 2 | Đơn vị có trong kế hoạch tham gia hội nghị |  |  |  |  |  |
| 2.1 | Đơn vị đã tham gia Hội nghị |  |  |  |  |  |
| 2.2 | Đơn vị chưa tham gia Hội nghị |  |  |  |  |  |
| 3 | Đơn vị đơn vị có trong kế hoạch kiểm tra trực tiếp |  |  |  |  |  |
| 3.1 | Đơn vị đã kiểm tra |  |  |  |  |  |
| 3.2 | Đơn vị chưa kiểm tra |  |  |  |  |  |
| 4 | Thanh tra |  |  |  |  |  |
| 4.1 | Đơn vị phải thanh tra |  |  |  |  |  |
| 4.2 | Đơn vị đã thanh tra |  |  |  |  |  |
| a | Do cơ quan BHXH thanh tra |  |  |  |  |  |
| b | Do cơ quan Thanh tra ngoài ngành thanh tra |  |  |  |  |  |
| 4.3 | Đơn vị chưa thanh tra |  |  |  |  |  |
| 5 | Đề nghị xử lý hình sự |  |  |  |  |  |
| 5.1 | Đơn vị đủ điều kiện đề nghị xử lý hình sự |  |  |  |  |  |
| 5.2 | Số đơn vị đã đề nghị xử lý hình sự |  |  |  |  |  |
| 5.3 | Số đơn vị chưa đề nghị xử lý hình sự |  |  |  |  |  |
| **III** | **Kết quả** |  |  |  |  |  |
| 1 | Số đơn vị, lao động thuộc đối tượng phải tham gia BHXH, BHYT |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Đã tham gia |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Chưa tham gia |  |  |  |  |  |
| 2 | Số đơn vị, số người không thuộc đối tượng phải tham gia BHXH, BHYT |  |  |  |  |  |

1. **Thuyết minh**
2. **Đề xuất, kiến nghị** (để có giải pháp hiệu quả)

*Ngày ..... tháng ..... năm ..................*

**GIÁM ĐỐC**

BHXH VIỆT NAM

**Mẫu số: 09-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số:* */BHXH-TST ng*

*......./......../.* *của BHXH Việt Nam)*

**DANH SÁCH ĐƠN VỊ MỚI THÀNH LẬP ĐĂNG KÝ THAM GIA ĐÓNG BHXH BẮT BUỘC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên đơn vị** | **Mã số đơn vị** | **Số lao động đăng ký tham gia** | **Tháng, năm bắt đầu tham gia BHXH bắt buộc** | **Ghi chú** |
| A | 1 | 2 | 3 | 4 | B |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | ……………. |  |  |  |  |
| … | ……………. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Người lập biểu** …., ngày ….. tháng… năm 20….

*(ký, ghi rõ họ tên)* **TL. TỔNG GIÁM ĐỐC**

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

BHXH…

**BHXH…**

**Mẫu số: 10-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số:* */BHXH-TST ngày*

*......./......../.* *của BHXH Việt Nam)*

DANH SÁCH ĐƠN VỊ KÊ KHAI TÍNH NỘP QUYẾT TOÁN THUẾ THU NHẬP CÁ NHÂN NHƯNG THỰC TẾ NGƯỜI LAO ĐỘNG KHÔNG LÀM VIỆC KHÔNG HƯỞNG TIỀN LƯƠNG HOẶC THU NHẬP

*Quý …... Năm …......*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên đơn vị** | **Mã số đơn vị** | **Địa chỉ đơn vị** | **Người lao động không làm việc không hưởng tiền lương** | | | | **Ghi chú** |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số thuế cá nhân** | **Thu nhập kê khai tính nộp thuế** |
| A | B | C | D | E | F | G | H | I |
| 1 | …....... |  |  | 1 | …... |  |  |  |
|  |  |  |  | 2 | ….... |  |  |  |
|  |  |  |  | …... |  |  |  |  |
| 2 | …... |  |  | ….. | ….. |  |  |  |
|  |  |  |  | **…..** |  |  |  |  |
| ….. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Người lập biểu** *…., ngày ….. tháng… năm 20….*

*(ký, ghi rõ họ tên)* **Giám đốc BHXH**

*(ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*

BHXH…

**BHXH…**

**Mẫu số: 11-KT**

*(Ban hành kèm Công văn số* */BHXH-TST ngày*

*......./......../.* *của BHXH Việt Nam)*

## DANH SÁCH ĐƠN VỊ, NGƯỜI LAO ĐỘNG VI PHẠM PHÁP LUẬT VỀ LAO ĐỘNG DO KHÔNG THỎA THUẬN GIAO KẾT HỢP ĐỒNG LAO ĐỘNG

*Quý …... Năm …......*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên đơn vị** | **Mã số đơn vị** | **Địa chỉ đơn vị** | **Người lao động không thỏa thuận giao kết hợp đồng lao động** | | | | | **Ghi chú** |
| **STT** | **Họ và tên** | **Ngày, tháng, năm sinh** | **Giới tính** | **Tháng, năm bắt đầu làm việc tại đơn vị** |
| A | B | 1 | 2 | C | D | E | F | G | H |
| 1 | …....... |  |  | 1 | …... |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 2 | ….... |  |  |  |  |
|  |  |  |  | …... |  |  |  |  |  |
| 2 | …... |  |  | ….. | ….. |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **…..** |  |  |  |  |  |
| ….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Người lập biểu** *…., ngày ….. tháng… năm 20….*

*(ký, ghi rõ họ tên)* **Giám đốc BHXH**

*(ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*