**Mẫu số 01**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI CẤP TỈNH/HUYỆN**

**THÔNG TIN NGƯỜI LAO ĐỘNG CÓ TÊN TRONG DANH SÁCH THAM GIA BẢO HIỂM THẤT NGHIỆP TẠI THỜI ĐIỂM NGÀY 30 THÁNG 9 NĂM 2021**

Tên đơn vị: ……………………………………………

Mã đơn vị: .……………………………………………

Ngành nghề: ………………………………………….

Địa chỉ: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **CMND/CCCD** | **Số điện thoại(di động)** | **Thời gian đóng BHTN chưa hưởng TCTN đến hết tháng 9 năm 2021 (Tổng số tháng)** | **Ghi chú** |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |