

**BÁO CÁO TỔNG HỢP KẾT QUẢ LÀM VIỆC TRỰC TIẾP TẠI ĐƠN VỊ, ĐỀ NGHỊ HỖ TRỢ ĐƠN ĐỐC THU NỢ**

Tháng ..... năm.....

(ban hành kèm Công văn số

/BHXH-KT&TN ngày

/7/2018 của Bảo hiểm xã hội tỉnh)

STT	Tên đơn vị SDLĐ/Đại lý thu	Địa chỉ đơn vị SDLĐ/Đại lý thu	Số lần đến đơn vị	Ngày lập biên bản làm việc	Đại diện viên chức thực hiện	Số tiền nợ BHXH, BHYT (nếu có)	Số lao động tại DN chưa tham gia BHXH, BHYT (nếu có)	Đề nghị BHXH tỉnh hỗ trợ đơn đốc (x)	Ghi chú
<b>I. Đơn vị sử dụng lao động</b>									
1. Đơn vị A...									
2. Đơn vị B...									
<b>Cộng I.</b>									
<b>II. Đại lý thu</b>									
1. Đại lý A...									
2. Đại lý B...									
<b>Cộng II.</b>									
<b>Tổng cộng I+II.</b>									

**Ghi chú: Thời hạn báo cáo trước ngày 5 hằng tháng (thực hiện từ 8/2018)**

NGƯỜI LẬP

..... ngày..... tháng..... năm .....

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ