

Tên đơn vị/Điểm thu:
 Mã đơn vị/Điểm thu: MS thuế:
 Địa chỉ:
 Điện thoại: Email:

DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM XÃ HỘI TỰ NGUYỆN

Mẫu D05-TS
 (Ban hành kèm theo QĐ: 490/QĐ-BHXH ngày 28/03/2023 của BHXH Việt Nam)

STT	Họ và tên	Mã số BHXH	Số CCCD/ CNTND/ DDCN/hộ chiếu	Địa chỉ	Ngày biên lai	Số biên lai	Mức thu nhập tháng đồng BHXH	Số tháng/ đồng năm	Tư phải đóng theo quy định	Số tiền tham gia đóng	Người đóng				Trong đó	Mã số nhân viên thu	Chiều		
											NSNN hỗ trợ theo quy định	NSDP hỗ trợ thêm	Hỗ trợ khác	Số tiền được hỗ trợ				Tỷ lệ % được hỗ trợ	Số tiền được hỗ trợ
A	B	C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
I	Tầng																		
I 1	Người lao động																		
I 2	Mức thu nhập tháng																		
II	Giảm																		
II 1	Người lao động																		
I 2	Mức thu nhập tháng																		
	Cộng giảm																		

Tổng số số BHXH đề nghị cấp:
 - Ghi chú: Cột 16 chỉ áp dụng đối với tổ chức dịch vụ thu BHXH tự nguyện BHYT
 Tổ chức dịch vụ thu (kỳ; ghi rõ họ tên) ngày tháng năm