

广东省人力资源和社会保障厅 文件 广东省财政厅

粤人社规〔2019〕42号

广东省人力资源和社会保障厅 广东省财政厅 关于进一步做好受影响企业失业保险费 返还工作有关问题的通知

各地级以上市人力资源和社会保障局、财政局：

为推进我省受影响企业失业保险费返还工作，经省人民政府同意，将《广东省人民政府关于印发广东省进一步促进就业若干政策措施的通知》（粤府〔2018〕114号）“符合条件的参保困难企业”（即受影响企业）的失业保险费返还标准由“可按6个月的当地月人均失业保险金和参保职工人数确定”调整为“可按6个月的当地月人均失业保险金和参保职工人数确定，或按6个月的企业及其职工应缴纳社会保险费50%的标准确定”，现就进一步

做好受影响企业失业保险费返还工作通知如下：

一、调整完善政策内容

（一）调整受影响企业失业保险费返还标准

我省符合条件的受影响企业失业保险费返还可按6个月的当地月人均失业保险金和参保职工人数确定，即按该企业上年度平均参保人数，乘以当地月人均失业保险金标准再乘以6个月予以返还；或按6个月的企业及其职工应缴纳社会保险费50%的标准确定，即按该企业及其职工上年度缴纳的社会保险费的25%予以返还。

各地应在留足2018年度基金支出2倍储备的前提下，结合本地受影响企业参保职工人数等实际，合理选择执行的返还标准，确保符合条件的受影响企业返还资金总额不超过本地失业保险基金扣除2018年度基金支出2倍后的结余。

（二）完善受影响企业失业保险费返还条件

申请失业保险费返还的受影响企业在具备《广东省人力资源和社会保障厅 广东省财政厅关于做好2019年受影响企业失业保险费返还工作有关问题的通知》（粤人社规〔2019〕12号）条件的基础上，还需符合以下要求：

1.与本企业2018年平均参保人数相比，申请失业保险费返还时企业岗位流失率不超过30%；

上述企业岗位流失率计算公式为：企业岗位流失率=（1-企业申请失业保险费返还时上月底参保人数÷企业2018年平均参保

人数)×100%。

2.提供与工会组织协商制定的稳定就业岗位措施。

(三) 规范失业保险费返还工作

1.劳务派遣企业不得申请受影响企业失业保险费返还，可继续按照《关于失业保险支持企业稳定岗位的实施意见》(粤人社发〔2015〕54号)申请失业保险稳岗补贴。劳务派遣企业申领失业保险稳岗补贴的，要提供与用工单位达成的稳岗补贴资金归属协议，劳务派遣企业不提供与用工单位达成的资金归属协议的，人力资源社会保障部门不受理其返还申请。

2.符合受影响企业失业保险费返还条件但按粤人社发〔2015〕54号申请了失业保险稳岗补贴的参保企业，可选择退回稳岗补贴，申请受影响企业失业保险费返还。

二、落实主体责任，保障基金运行安全

受影响企业失业保险费返还政策是国家、省促进就业工作的重大决策部署，各地要切实提高政治站位，强化责任意识、担当意识、风险防范意识，要结合经济发展形势，做好受影响企业失业保险费返还测算，坚持严把政策，严格条件标准，全力推进实施，确保政策落实落地见效。市县人力资源社会保障部门应当完善受理、审核、审批程序，留存完整的审批档案，建立审核通过的受影响企业失业保险费返还工作台账，并及时将核发情况抄送社保经办机构，共同掌握可用基金使用情况，加强基金风险控制，

保障基金运行安全。为防范骗取补贴行为，受影响企业失业保险费返还必须由企业自行办理，人社部门不受理委托代办的申请。

各地在本通知印发前按粤人社规〔2019〕12号已发放到账的受影响企业失业保险费返还资金有效，在本通知印发后尚未返还的，按当地确定的标准予以返还。

本通知自印发之日起实施，有效期至2020年底。

附件：广东省受影响企业返还失业保险费申报审核表



附件

广东省受影响企业返还失业保险费申报审核表

(样表)

企业名称 (盖章): _____ 申请时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

企业申报信息			
企业名称		法定代表人	
企业性质	<input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 股份 <input type="checkbox"/> 其他	营业执照号码	
工商登记注册地		联系人	
社会保险编号		联系电话	
开户名称			
开户银行			
银行帐号			
本企业上年度 裁员情况	上年度平均参加失业保险人数 () 人。		
	上年度没有裁员情况的请选择此项 <input type="checkbox"/>		
	上年度有裁员情况的请填写此项: 上年度领取失业保险金人数 () 人, 裁员率 _____%。		
本企业岗位流失率	企业申请失业保险费返还时上月底参加失业保险人数 () 人, 与本企业上年度平均参加失业保险人数相比, 岗位流失率 _____%。		
本企业申报返还金额 (元)			
本企业承诺所提供的申请资料全部真实, 如有虚假, 本企业愿意承担由此产生的一切责任。 企业法人签字: _____ 年 月 日	社会保险经办机构核查情况: 该企业上年度平均参加失业保险人数、上年度领取失业保险金总人数、申请失业保险费返还时上月底参加失业保险人数与所填是否一致。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (选否需说明核查情况) 社保经办机构 (盖章) _____ 年 月 日		
审核意见	1. 经核, 该企业符合/不符合受影响企业失业保险费返还条件; 2. 核定该受影响企业失业保险费返还金额为 _____ 元。 人力资源社会保障部门 (盖章) _____ 年 月 日		

公开方式：主动公开