附件1：

鄂州市医疗保险缴费工资基数申报核定表

2021 年 度

单位：人、元

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 名 称 |  | | | 地 址 |  | |
| 单 位 编 号 |  | 社会保险登记证编码 |  | | | |
| 单 位 类 型 |  | 经济成分 |  | 单位所属区域 |  | |
| 税务登记证号 |  | 组织机构代码 |  | | | |
| 支付银行户名 |  | 支付银行基本账号 |  | | | |
| 单 位 电 话 |  | 专管员姓名 |  | 专管员电话 |  | |
| 医疗保险申报情况 | 在职职工人数 |  | 单位缴费基数（月） |  | 个人缴费基数（月） |  |
| 退休职工人数 |  | 单位缴费基数（月） |  |  | |
| 生育保险申报情况 | 在职职工人数 |  | 单位缴费基数（月） |  |  | |
| 医疗保险参保 单位申报意见 | 劳资负责人：（签章）  年 月 日 | | 法定代表人：（签章）    单位：公章  年 月 日 | | | |
| 财务负责人：（签章）  年 月 日 | |
| 工会负责人：（签章）  年 月 日 | |
| 审核人意见 | 审核人：（签章）  年 月 日 | | 复核人：（签章）  年 月 日 | | | |