附件1

2023年度职工医疗保险缴费基数申报

花名册(在职人员)

填报单位（签章）： 单位：元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 身份证号码 | 姓名 | 月缴费工资 | 签字 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

注：1、用人单位应按照《社会保险费征缴暂行条例》、《社会保险费申报缴纳管理规定》等相关规定如实填报此表，不得瞒报、虚报、漏报，在职职工月缴费工资为上一自然年度（1月1日至12月31日）月平均工资收入，精确至元，需经本人签字确认，经办人员经本人同意后可以代签；

2、2023年度新参加工作的人员月缴费工资按起薪当月的个人缴费工资基数核定；

3、本表一式两份，一份交至所属医疗保险经办机构，一份由用人单位长期存档备查。

附件2

2023年度职工医疗保险缴费基数申报

花名册(退休人员)

填报单位（签章）： 单位：元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 身份证号码 | 姓名 | 月退休金 | 签字 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

注：1、用人单位应按照《社会保险费征缴暂行条例》、《社会保险费申报缴纳管理规定》等相关规定如实填报此表，不得瞒报、虚报、漏报，退休职工月退休金为上一自然年度（1月1日至12月31日）月均养老金，精确至元，需经本人签字确认，经办人员经本人同意后可以代签；

2、本表一式两份，一份交至所属医疗保险经办机构，一份由用人单位长期存档备查。

附件3

2023年度单位申报职工医疗保险

缴费基数承诺书

（医疗保险经办机构名称）：

我单位承诺：按照医疗保险缴费基数申报的有关规定，如实申报职工2023年度医疗保险缴费基数，并对职工缴费基数的真实性、准确性、合法性负责，申报的职工缴费基数已经由职工本人签字确认无异议，如少报、漏报、瞒报、错报缴费人数及缴费基数导致的后果由我单位承担全部责任。

单位盖章: 负责人（签字）：

年 月 日

注：本承诺书一式两份，参保单位和医疗保险经办机构各一份。