附件1

**2024年度公务员医疗补助缴费基数申报**

**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 | 月均养老金 | 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。