附件2

**2024年度单位申报公务员医疗补助**

**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2024年度公务员医疗补助缴费基数，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。