附件：

|  |
| --- |
| **岳阳市2020年医疗生育保险参保单位缴费工资基数书面稽核申报表** |
| **填报单位：** 单位：人、万元，人平基数单位为：元/人.月  |
| **2019年工资发放情况** | **人员类别** | **发放工资人数** | **发放金额** | **备注** |
| **临时工** | 　 | 　 | 　 |
| **劳务派遣人员**（注明劳务派遣公司名称） | 　 | 　 | 　 |
| **其他用工** | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  | 　 | 　 | 　 |
| **合 计** | 　 | 　 | 　 |
| **项 目** | **医疗生育保险** |
| **参保人数情况** | 本地本单位参保 | 　 |
| 外地参保 | 　 |
| 本地外单位参保 | 　 |
| 未参保 | 　 |
| 其他人员 | 　 |
| **缴费工资基数总额** | 本地本单位参保 | 　 |
| 外地参保 | 　 |
| 本地外单位参保 | 　 |
| 未参保 | 　 |
| 其他人员 | 　 |
| **人平月缴费工资基数** | 本地本单位参保 | 　 |
| 外地参保 | 　 |
| 本地外单位参保 | 　 |
| 未参保 | 　 |
| 其他人员 | 　 |
| 申报单位承诺：**本表所报数据及所附资料属实。**  | **初审意见：** |
| 参保单位经办人签字：参保单位盖章： | 　 | **初审人签名：** |
| 年 月 日 | 年 月 日 |
| **复审意见：** |  | 市医疗生育保险缴费工资基数稽核办公室(盖章) |
| **复审人签名：** |  |
|  月 日 |
|  |  |  |  | **岳阳市医疗保障局监制** |
|  |  |  |  |  |  |  |