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 | | | | | | | | | |
| **2 0 1 9 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** | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  |