鲁医保中心函〔2023〕23号

附件

省直管单位2024年度医疗保险缴费基数申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称（盖章）** | |  | | | | | **单位编号** | |  | |
| **单位性质** | |  | | | **单位经办人** | |  | | | |
| **统一社会信用代码** | |  | | | **单位经办人 手机号码** | |  | | | |
| **单位地址** | |  | | | | | | | | |
| **单**  **位**  **申**  **报**  **情 况** | **项目** | | **职工基本医疗保险 （含生育保险）** | | | **补充医疗保险** | | | | **大额医疗补助 （定额缴费）** |
| **在职** | | **退休** | |
| **2024年1月缴费人数** | |  | | |  | |  | |  |
| **2024年1月缴费基数总额** | |  | | |  | |  | |  |
| 根据《社会保险法》及国家和山东省相关政策规定，我单位就2024年度医疗保险缴费基数（职工基本医疗保险、补充医疗保险、生育保险和大额医疗补助）申报有关事项郑重承诺如下：  一、切实维护参保职工医疗保险合法权益，确保应缴尽缴，我单位如实申报职工个人的缴费基数，并经职工本人签字认可、公示且核对无误；如有不实，愿为此承担有可能引发的一切责任。  二、我单位严格按照相关文件规定申报单位缴费基数，如存在瞒报工资总额或职工人数现象，责任自负并愿意接受相关处罚。 | | | | | | | | | | |
| **申报单位经办人（签字）：**  **年 月 日** | | | | **法定代表人或单位负责人（签字）：**  **年 月 日** | | | | | | |

填表说明：

1. 单位性质：机关单位（含参公）、全额拨款事业单位、差额拨款事业单位、自收自支事业单位、军队文职单位、军队职工单位、企业。
2. 单位申报缴费项目：根据单位参保险种填写对应的项目。其中，“2024年1月缴费基数总额”填写月实际缴费基数之和，即不考虑封顶保底因素；填写数额与基数报盘“缴费工资”字段求和结果一致，即基数报盘“缴费工资”字段也填写职工实际缴费基数；“补充医疗保险”退休人员“2024年1月缴费基数总额”，填写退休人员统筹内加统筹外退休金之和；“大额医疗补助”的“2024年1月缴费基数总额”填写定额缴费额。
3. “2024年1月缴费人数”，不包含1月份当月新增人员；不包含2024年1月份已减员人员。