附件1

省直管单位医疗保险缴费基数申报承诺书

根据社会保险法及国家和山东省相关政策规定，我单位就2020年度医疗保险缴费基数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。

单位名称（盖章）：

法定代表人或单位负责人(签名)：

年 月 日