省直管单位2020年度医疗保险缴费基数申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称(盖章) |  | 单位性质 |  |
| 社会保险单位编号 |  | 单位地址 |  |
| 单位邮编 |  |
| 单位申报工资总额 |  | 经办人 |  | 电话 |  |
| 单位申报缴费情 况 | 项 目 | 2019年缴费人数 | 2020年缴费人数 | 2019年缴费人员工资总额 | 2020年预计缴费基数 |
| 医疗保险（在职） |  |  |  万元 | 万元 |
| 医疗保险（退休）[参加补充医疗保险的单位填列] |  |  |  万元 | 万元 |
| 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 |
| 申报记录：记录人员签字：年 月 日 |

备注：本表一式三份，单位、个人账户和关系转移组、基金管理和稽核组各一份，要求盖章签字齐全后申报。