附件：

**2021年度基本医疗保险缴费基数申报表**

单位名称（盖章）： 统一社会信用代码： 单位社保编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓 名 | 社会保障号（身份证号） | 缴费工资（月平均工资收入） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填报说明：

1.缴费工资=上年工资总额÷工资月数；

2.本表填报的内容将作为核定职工2021年度社会保险缴费基数的依据，如填报的内容与实际不符，由此造成的问题由填报单位负责。

 填表人签字： 联系电话：

 填报时间： 年 月 日