附件3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 柳州市XX年度医疗保险缴费基数调整申报表 | | | | | | |
| 单位编号： | | |  |  | 填报时间：　年　月　日 | |
| 单位名称:（盖章） | | | | | | 单位：元 |
| **序号** | **个人**  **编号** | **姓名** | **身份证号** | **新月工资收入（或月养老金）** | **职工签名** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 本页小计 | | |  |  |  |  |
| 合 计 | | |  |  |  |  |
| **以上项目填写真实，若与实际情况不符，愿意承担责任。** | | | | | | |
| 单位负责人： | | | 单位经办人： | | 联系电话: | |
| 温馨提示： | | | | | | |
| 1.本表适用于参保单位在职人员申报缴费基数，已享受医疗退休待遇,非我市社保经办机构发放养老金的人员申报医疗保险个人账户划入基数。 | | | | | | |
| 2.在职人员超过规定调整期限的，还需提供法院、仲裁院、劳动监察、稽核部门出具的文书，验原件。 | | | | | | |
| 3.享受柳州市职工医保退休待遇，但在其他统筹地区领取养老待遇的退休人员，还需提供其他社保经办机构或银行出具的上年度12月份应发基本养老金证明，验原件。 | | | | | | |
| 4.新月工资收入（或月养老金）栏填报时保留两位小数，四舍五入。 | | | | | | |
| 5.本表所有项目必须填写完整，申报本表的同时必须报电子版（excel格式）各一份。 | | | | | | |
| 6.本表一式一份，医保经办机构留存。 | | | | | | |