附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 柳州市 年度职工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** | **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或退休人员缴费基数调整申报。  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.新月工资收入栏填报时保留两位小数，四舍五入。  4.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。  5.本表一式一份，医保经办机构留存。 | | | | | | | |