附件2

西安市医疗保险缴费工资申报花名册

|  |
| --- |
| 单位编号： |
| 单位名称：(章） |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 申报工资 | 人员状态 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 在职人数： |  | 在职人员工资总额： |  |
|  |  |  |  |  |
| 退休人数： |  退休人员养老金合计： |