附件1

职工医疗（生育）保险缴费基数申报承诺书

我单位（单位全称：

单位编号： ）对2023年度职工医保缴费基数申报有关事项着重承诺如下：

一、严格遵守国家、省、市有关社会保险的法律、法规及文件规定，做到诚信申报、应保尽保、依法缴费。

二、切实维护本单位职工的合法权益，据实申报全部职工的个人缴费基数，并经职工本人签字认可。所有申报资料按档案管理规定妥善保管，以备核查。

三、如在稽核、劳动保障监察和审计过程中发现我单位存在少报、瞒报、 漏报职工基本医疗保险缴费基数、缴费人数，或提供虚假、残缺的数据资料等问题的，一经查实，我单位愿承担一切法律责任。

本承诺书签署后即刻生效。

经办人： 联系电话：

法人代表（或负责人）：

（单位盖章）

2023年 月 日

附件2

鄂州市2023年度职工医疗（生育）保险缴费工资申报表

缴费单位名称（公章）： 缴费单位编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 证件号码 | 姓 名 | 职工缴费基数（元） | 在职或退休 | 职工本人签字 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |
| 合计：在职职工人数 ，退休职工人数 ，职工缴费基数合计（不包括一次性退休人员） 。 | | | | | |

备注:缴费基数取整至十位数。

**\*以上事项填写真实，若与实际情况不符，本单位愿意承担相关法律责任。**

单位负责人（签章）： 单位经办人（签章）： 联系电话：

填报日期： 年 月 日