附件 3

2023年度城镇职工医疗生育保险缴费基数申报表

单位名称（公章）： 单位编号： 填报时间： 年 月 日 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 人员类别 | 职工上年度月平均工资 | 职工本人签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |
| 备注：1、“人员类别”根据参保职工情况分别填写“在职”、“退休”； 2、职工需认真核对单位填报的本人上年度月平均工资额，并签名确认。 3、本表无需报送，需单位长期保存以备后期核验。 |

单位经办人： 单位负责人：