附件2

济宁市2022年度医疗保险缴费稽核表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称(盖章) |  | 单位性质 |  |
| 社会保险单位编号 |  | 单位地址 |  |
| 单位邮编 |  |
| 单位申报工资总额 |  | 经办人 |  | 电话 |  |
| 单位申报缴费情 况 | 项 目 | 2021年缴费人数 | 2022年缴费人数 | 2021年缴费人员工资总额 | 2022年缴费基数 |
| 医疗保险（在职） |  |  |  万元 | 万元 |
| 申报单位经办人（签字）：年 月 日 | 法定代表人或单位负责人（签字）：年 月 日 |