**基本医疗保险缴费工资申报表**

单位名称（盖章）： 单位编码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证件号码 | 上年度年收入 | 本年度年收入 | 人员性质 | 所属部门 | 职工签名 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

在职人数： 退休人数：

上年度在职平均年收入： 上年度退休平均年收入：

本年度在职平均年收入： 本年度退休平均年收入：

单位专管员签字： 单位负责人签字：

 年 月 日