**补缴职工医疗保险费申报表**

社保编码： 填表人： 补缴类型：□综合医保 □住院医保

填报单位（盖章）： 联系电话： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证号码 | 用工形式 | 补缴起止时间 | 补缴医保费用明细（由社保经办机构填写） |
| 单位部分 | 个人部分 | 利息 | 滞纳金 | 合计 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 |  |  |  |  |  |  |
| 市社保局（分局）关系科（股）经办人意见 |  | 市社保局（分局）关系科（股）审核意见 |  | 市社保局（分局）领导审核（批）意见 |  |

说明：本表一式两份，经审批同意后，社保经办机构留存档一份，申报单位存档一份。