

补缴职工医疗、生育保险费申报表

社保编码：

填表人：

补缴类型：

☐综合医保

☐生育保险

☐公务员医疗补助

☐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（由医保中心填写）					
				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									
医保中心 经办人意见	根据汕府令第 205 号文，拟给予补缴 _____, 请领导批示。 经办人： 日期：	医保中心关系部 审核意见		医保中心分管领导 审核（批）意见					

说明：本表一式两份，经审批同意后，医保中心留存档一份，申报单位存档一份。