怀化市参保企业阶段性减征或缓缴职工基本医疗保险费申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 （加盖公章）： |  | | | | | |
| 单位医保代码 | 申报时间 | | | | | |
| 申报理由 |  | | | | | |
| 申报选择 | 减征 / 缓缴 | | 减征或缓缴月数 | 从2020年 月至 月,  共 个月 | | |
| 申请减征金额 | 按原比例征收应缴 | | | 减征后应缴 | | |
| 人数 | 在职 |  | 人数 | 在职 |  |
| 退休 |  | 退休 |  |
| 月基数  （元） | 在职 |  | 月基数  （元） | 在职 |  |
| 退休 |  | 退休 |  |
| 缴费 比例 | 在职 |  | 缴费 比例 | 在职 |  |
| 退休 |  | 退休 |  |
| 本月原缴费金额 （元） | |  | 减征后缴费金额（元） | |  |
| 医保审核情况 | 本月应缴费金额 （元） | |  | 减征后应缴费金额  （元） | |  |
| 本月实际减征金额 （元） | |  | 累计实际减征金额 （元） | |  |

备注：本表一式两份，企业和医保经办机构各一份

|  |  |
| --- | --- |
| 企业经办人签字： | 医保经办机构经办人: |
| 联系电话： | 联系电话： |
| 企业法人签字： | 医保经办机构负责人: |
| 联系电话： | 联系电话： |