**苏州市参保职工医疗保险缴费基数调整花名册**

单位名称（章）： 金额单位：元（取整）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 证件类型 | 证件号码 | 调整前月缴费基数 | 调整后月缴费基数 | 职工签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

单位填报人： 联系电话： 医保机构经办人（章）： 填报日期: 年 月 日

说明：

1.本表供单位调整本结算年度当月及以后月份职工医疗保险缴费基数填写；

2.单位申请调整时须携带工资收入证明或社保缴费基数等相关材料；

3.本表一式二份，单位和医保经办机构业务部门各一份。