**苏州市参保职工医疗保险补缴申报表**

单位名称（章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 证件号码 | 补缴开始年月 | 补缴结束年月 | 月缴费基数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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.此表供参保单位为职工申请补缴应缴未缴期间基本医疗保险费时填写。缴费基数按有关政策规定执行。

2.单位须提供相关工资附报材料或人社养老保险已办结补缴等材料。

3.本表一式两份，参保单位、医保经办机构各一份。