**附件1**

邵阳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： | | |  |