|  |
| --- |
| 职工基本医疗保险（生育保险）补缴申请审核表 |
| 单位全称（盖章）： |   | 单位编号： |  |
| **序号** | **个人编号** | **姓名** | **公民身份号码** | **补缴起止年月** | **当年职工月平均工资（元）** | **累计补缴月数** | **附报材料** | **备注** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | 人 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位经办人： 移动电话： 填报日期： 年 月 日 |

说明：单位需附报相关法律文书、劳动合同、工资发放财务凭证等原始资料；