附表7

|  |
| --- |
| 职工基本医疗保险缴费基数申报表 |
| 填报单位（签章）： 单位编码：  |
| 姓名 | 身份证件号码 | 申报基数 |  | 姓名 | 身份证件号码 | 申报基数 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 填表说明： 此表加盖单位公章。 |
| 单位经办人： 联系电话： 填表日期：  |