附件

阶段性缓缴职工医保单位缴费调度统计表

填报单位： 市医疗保障局 报送时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设区市 | 政策落实情况 | | | 职工医保参保征缴情况 | | | 缓缴情况 | | | 补缴情况 | | |
| 是否  发文 | 发文  时间 | 是否 贯彻  落实 | 用人单位缴费  费率（含生育  保险） | 参保用人 单位总数 （万家） | 职工医保 参保人数 （万人） | 涉及用人  单位数  （万家） | 涉及参保 职工人数 （万人） | 缓缴医保费 （万元） | 补缴用人  单位数  （万家） | 涉及参保 职工人数 （万人） | 补缴医保费 （万元） |
| 甲栏 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1 | xx 市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 手机号码：

备注：2022 年 8 月至 2023 年 1 月， 每月 5 日前报送截至上月底情况， 报至省医疗保险基金管理中心，联系人： 魏树君， 电话：025-83347362 ， 电子邮箱： jsybjjk@163.com