

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：

jsybijk@163.com