

启东市职工医疗保险参保人员缴费工资变动花名册

单位名称（盖章）：

单位编号：

单位：元

序号	姓名	身份证号码	性别	变动时间	月缴费基数		职工签字	备注
					变更前	变更后		

说明：1、参保人员缴费工资变动时填写此表，本表一式两份，报医疗保险经办机构一份，单位自存一份。

2、此表每月11日至次月6日之前报医疗保险经办机构。

填表单位负责人：

填表人：

电话：

审核时间： 年 月 日