

附件

职工医保阶段性减征医保费统计表

填报单位：_____市医疗保障局

报送时间：20 年 月 日

[illegible]

填表人：

联系电话:

手机号码:

备注 该表按月报送，3-7月每月15日前报送截至上月底情况。请报送至省医保局待遇保障处，联系人：吕瑞勤，电话：025-83290239，电子邮箱：jsrsybc@163.com。