附件9

职工医保费应缴认定单

核定月份： 单元：元

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位编号 |  | 征集通知单据号 |  |
| 单位名称 |  |
| 险种类型 | 缴费人数 | 缴费基数 | 单位缴纳金额 | 个人缴纳金额 | 补收 | 退费 | 滞纳金 | 其他 | 合计 |
| 在职 | 退休 | 在职 | 退休 |
| 基本医疗保险 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生育保险 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大额医疗保险 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 实际应缴金额合计（大写） |  |

注：1．此认定单在缴费所属期内有效，逾期未完成缴费的，此单据作废。

2．参保单位未按时足额缴费的，自缴费所属期次月1日起按日加收万分之五的滞纳金（已签订缓缴协议、因信息系统调整等非人为因素导

致的除外），直至重新生成应缴认定单当日。重新生成的补缴应缴认定单1日内有效。

经办机构： 经办日期：