

附件 2

阶段性缓缴职工基本医疗保险单位缴费明细表

填报单位名称：

填报日期：2022 年 ____ 月 ____ 日

序号	单位医保编码	本月缓缴单位名称	单位类型	缓缴月份	是否为本月新增缓缴单位
1					
2					
3					
4					
5					
6					
.....					

单位负责人：

科室负责人：

填报人：

联系电话：

注：1. 本表为累计表，每月填报时应包含缓缴政策实施以来的所有单位信息。

2. 本表于次月 7 日之前报送至自治区医疗保障服务中心，联系人：钱丽萍，联系电话：0891-6609962。

3. 单位类型：a. 中小微企业；b. 以单位方式参保的个体工商户；c. 社会组织。

4. 缓缴月份：XXXX 年 XX 月--XXXX 年 XX 月。

5. 是否为本月新增缓缴单位：填写“是”或“否”即可。