

附件1

## 年 月职工基本医疗保险税务征收明细

填报单位（公章）：

填报日期：

月份	医保基金收入总额	统筹基金收入	单位划转收入	个人缴纳收入
本月				
1- 月累计				
单位负责人：		财务审核：		填表人：