

宣城市医疗保险基金管理中心文件

宣医保中心〔2022〕25号

关于开展市直 2022 年度医疗保险缴费基数 统一申报工作的通知

市直各参保单位：

为认真做好 2022 年度医疗保险缴费基数申报工作，根据《中华人民共和国社会保险法》、《社会保险费申报缴纳管理规定》（人社部令第 20 号）相关法律法规，结合我市实际，依法开展市直医疗保险（含生育保险）缴费基数申报工作。现将有关事项通知如下：

一、申报范围

1. 申报对象：已参加市直基本医疗保险的参保单位。
2. 申报人员：市直参保单位在职人员和退休人员。
3. 申报险种：基本医疗保险。

4. 申报方式：本次基数调整办理方式采取邮寄报送、电子邮箱报送等方式进行，特殊情况确需现场办理的，在做好疫情防控措施的前提下错峰办理。

二、申报依据

1. 从 2022 年 1 月起，职工基本医疗保险将统一执行新的缴费基数。参保单位应按职工上年度实际月平均工资收入，据实填报《基数调整花名册》，不需要考虑 2022 年度缴费基数上下限，由医保信息系统按照安徽省公布的 2022 年度全省社会保险个人缴费基数上下限自动调整。如职工个人缴费基数确实低于 2022 年度全省社会保险个人缴费基数下限的，系统将自动按下限计缴；高于 2022 年度全省社会保险个人缴费基数上限的，按上限计缴。

2. 企业单位个人月缴费基数的申报依据是：职工本人 2021 年度实际月平均工资总额。工资总额包括基本工资、奖金、津补贴、加班工资等。

3. 机关（含参公管理单位）公务员个人月缴费基数的申报依据是：职工本人 2021 年度实际月平均工资总额。工资总额包括基本职务工资（技术工人为技术等级工资）、级别工资（技术工人为岗位工资）、工作性津贴、生活性补贴、警衔津贴、海关津贴、第十三个月工资及住房补贴。

4. 事业单位工作人员月缴费基数的申报依据是：职工本人 2021 年度实际月平均工资总额。工资总额包括基本岗位工资、薪

级工资(含中小学教师、护士岗位工资和薪级工资提高10%部分)、绩效工资、第十三个月工资及住房补贴。

5. 退休人员月缴费基数申报依据是：经人社部门核准的本人2021年度实际月平均退休金(2022年当年退休人员申报2021年度在职期间月平均工资)。

三、申报流程

1. 市直各参保单位于2022年9月27日起，在市医保中心统一安排下，报送单位名称及邮箱等相关信息，由医保经办人员将单位缴费基数模板发送至单位邮箱。

2. 按统一格式录入每个参保人员的工资基数。

3. 打印《基数调整花名册》经参保职工本人签字确认。

4. 《基数调整花名册》在单位显著位置张榜公示并打印公示图片。

5. 将基数调整花名册电子档发送至市医保中心邮箱。

6. 将相关纸质材料邮寄至医保中心窗口，也可将扫描件发送至医保中心邮箱，特殊情况确需至现场办理的，在做好疫情防控措施的前提下错峰办理。

四、申报时间和地点

1. 申报时间：

市直各参保单位于2022年10月17日至10月28日期间，将整理好的基数花名册电子档发送至医保中心邮箱(电子档需备注单位名称)。

2. 申报材料:

- (1) 《基数调整花名册》纸质材料和电子档;
- (2) 《缴费基数申报承诺书》;
- (3) 公示图片资料。

3. 申报方式和联系方式:

(1) 邮寄(现场办理)地址: 宣城市宣州区梅园路 52 号政务服务中心一楼医保窗口。

(2) 宣城市医保中心邮箱: xcybzx@163.com

(3) 咨询电话: 0563-2830221、0563-2831559、0563-2831595。

五、申报要求

1. 《基数调整花名册》纸质和电子表格需按照医保中心提供的统一格式进行填报, 除“申报工资”一栏可修改录入外, 其他栏目一律不得擅自修改, 单位自制表格和擅自修改后的表格将无法导入医保征缴系统。

2. 申报前进行公示: 参保单位办理缴费基数申报前, 应将拟申报的职工个人缴费基数在本单位的显著位置进行公示, 公示时间不少于 5 天。

3. 《基数调整花名册》纸质档须有单位负责人和职工本人签字确认, 并加盖单位行政公章。

六、工作要求

请各单位高度重视, 积极配合, 严格按照文件要求, 按时保质完成基数申报工作, 切实保障参保职工权益。

附件：2022 年度医疗保险缴费基数申报承诺书



2022年9月23日

抄报：市医保局、市财政局、市税务局

宣城市医疗保险基金管理中心

2022年9月23日发

附件

2022 年度医疗保险缴费基数申报 承诺书

宣城市医疗保险基金管理中心：

我单位承诺：在 2022 年度医疗保险缴费基数申报工作中，缴费基数已经参保职工本人在《基数申报花名册》上签名确认，并在本单位范围内公示。所提供的数据及资料真实、有效，如因我单位提供了虚假、伪造的数据和资料，造成少报、漏报、瞒报社会保险缴费基数、缴费人数等情况，我单位将全部承担由此引起的经济责任和法律责任。

法人代表（签名）：

承诺单位（公章）：

年 月 日