附件3

在岗乡村医生 月份保险费用分摊明细表

填报单位（盖章）： 单位负责人（签字）： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 缴费基数（元） | 养老保险 | | | | 失业保险 | | | | 工伤保险 | | | 合计 | | | |
| 单位部分 | 财政补助50% | 公卫补助50% | 个人部分 | 单位部分 | 财政补助50% | 公卫补助50% | 个人部分 | 单位部分 | 财政补助50% | 公卫补助50% | 单位部分 | 财政补助 | 公卫补助 | 个人部分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：（1）养老保险、失业保险以社保基数为准按月缴纳，单位部分由县级财政予以补助，不足部分从基本公共卫生服务项目补助资金中列支。（2）工伤保险和城乡居民医疗保险根据缴费凭据由县级财政予以补助，不足部分从基本公共卫生服务项目补助资金中列支。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

审核人： 会计： 出纳：