|  |
| --- |
| 附件6 **霍山县公益性岗位 年 月缴纳社会保险（单位缴费部分）** |
| 申报单位（盖章） 填报日期： 年 月 日 |
| **单位** | **姓名** | **合计** | **医疗保险** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 医疗保障局审核情况 |  审核意见： 审核人： 单位公章： 年 月 日  |