**医疗保险缴费证明**

单位名称 姓名 （个人编号： ，

居民身份证号码： ）参加基本医疗保险。

缴费期限： 年 月至 年 月。

当地医疗保险服务机构全称

20年 月 日

医疗保险自然年度缴费信息（最后十年缴费）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年度 | 本年度缴费月数 | 本年缴费基数和 | 本年个人缴费部分本金 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |

