附件：

**申报承诺书**

（医保经办机构）：

我单位已按《社会保险法》及相关法规、《关于规范社会保险缴费基数有关问题的通知》（劳社险中心函[2006]60号)等文件规定要求，如实申报下年度工资收入。现我单位做出如下承诺：

一、申报的参保职工人员、人数与本单位职工情况一致，不存在漏报等违规问题。

二、职工缴费工资标准均按照政策规定口径申报，不存在少报、漏报、瞒报、虚报缴费工资基数问题。

三、提供的所有申报信息准确无误、真实有效。已组织参保职工对申报的工资收入情况签字确认，并存档备查。

四、如发生与上述承诺不符问题，我单位承担由此产生的全部经济、法律责任。

单位全称: 单位编号：

单位法人（签字）：

经办人员（签字）： 经办人电话:

（公章）

年 月 日