**医疗保险年度申报承诺书**

十堰市医保中心：

单位名称： ，

社保编号：（ ） ，我单位所申报的2021年度基本医疗保险（含生育） 、公务员医疗补助 、企业补充医疗保险 工资基数真实、准确、有效，若出现因医疗保险工资基数产生的纠纷，我单位愿承担由此产生的一切法律责任，特此承诺。

承诺单位 单位法定代表人

（盖章）： （签字、手印）：

年 月 日