

基本医疗保险单位参保信息登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □新参保登记 | □暂停登记 □注销登记 □拆分合并分立 |  |  |
| 单位名称 |  |
| 现统一社会信用代码 |  | 原统一社会信用代码 |  |
| 通讯地址 |  |
| 单位性质 |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证件号码 |  |
| 开户银行 |  | 户名 |  |
| 银行帐号 |  |
| 经办人员 | 姓名 |  | 所在部门 |  |
| 手机号码 |  | 联系电话 |  |
| 参保险种 | □职工基本医疗保险 □生育保险□补充医疗保险 □其他（ ） |
| **机关事业单位及社会团体填报以下信息** |
| 经费来源 |  | 主管部门 |  |
| 最新核编人数（含纪检、军转） |  | 退休人数 |  |
| 机关在编人数 |  | 公务员人数 |  | 后勤服务人数 |  |
| 参公在编人数 |  | 事业在编人数 |  |
| 单位声明 | 本单位依法申请医疗保险登记，承诺填报信息真实、准确、完整， 请予办理。单位（盖章） 年 月 日 |
|  |  | □经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。 |  |  |
|  |  | 经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记： |  |  |
| 经办机构 |  | □职工基本医疗保险 □生育保险 |  |  |
| 意见 |  | □补充医疗保险 □其他（ |  | ） |
|  |  | 经办人签字： 经办机构（盖章） 年 | 月 | 日 |