

表 1

## 基本医疗保险单位参保信息登记表

|                                |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                               |  |
|--------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 新参保登记 |      | <input type="checkbox"/> 暂停登记                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> 注销登记 |  |
| 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                           |  |
| 账 号                            |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                               |  |
| 经办人员                           | 姓 名  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 所在部门                          |  |
|                                | 手机号码 |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 联系电话                          |  |
| 参保险种                           |      | <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险<br><input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 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<br>(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。<br><br><div style="text-align: right;">单位 (盖章)<br/>年   月   日</div>                                                                                                                                                                                    |  |                               |  |
| 经办机构意见                         |      | <input type="checkbox"/> 经审核, 申报单位不符合参保登记办理条件。<br>经审核, 同意申报单位办理以下社会保险登记:<br><input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险<br><input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他 ( )<br><br>经办人签字:                      经办机构 (盖章)                      年   月   日 |  |                               |  |