

表 2

职工基本医疗保险参保登记表

单位名称 (公章) 单位编码: 险种: ☐灵活就业人员

序号	姓名	身份证件类型	身份证件号码	申报工资 (元/月)	业务类型					手机号码	备注
					增加	暂停	终止	恢复	在职退休		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：

联系电话：

经办机构经办人：

年 月 日