

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		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <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 (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。 <div>单位 (盖章) 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。 经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记： <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他 () 经办人签字： 经办机构 (盖章) 年 月 日					

