|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工基本医疗、生育保险用人单位登记表 | | | |
| 单位名称 | dwmc | | |
| 统一社会信用代码 (组织机构代码): tyshxydm | | 社保编码： |  |
| 通讯地址 | txdz | 地税电脑编码(13位)： |  |
| 法人或负责人 | 姓名：frxm | 联系电话： | frlxdh |
| 身份证号码：frzjhm | | |
| 单位经办人 | 姓名：jbrxm | 联系电话：jbrlxdh | |
| 单位类型 | dwlx | | |
| 用人单位申报意见 | 以上填报信息真实，已详细了解医疗、生育保险政策，现依法办理职工基本医疗、生育保险登记，并按时足额缴费。 | | |
|  |  | (单位公章) |
|  |  | 年 月 日 |
| 医保中心审核意见 | 单位保险号: | 单位档案号： | |
| 已审核，同意从 年 月 日开始参保缴费。 | | |
| 经办（盖章）： |  | 医保中心（盖章） |
| 审核（盖章）： |  | 年 月 日 |
| 备注：1、本表一式两份，用人单位、医保中心各留存一份 。请用黑色水笔填写，不得涂改。 | | | |
| 2、本表请用A4纸打印。 |  |  |  |