表1

江西省基本医疗保险单位参保信息登记表

□ 企业 □ 机关事业单位 □其他 ( )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □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 | | | | |  | |
| 证件类型及号码 | | |  | | | | | | | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | 户名 | | |  | | | | | | |
| 银行帐号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 单位经办人员 | | 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  □大病补充医疗保险 | | | | □生育保险  □其他 ( | | | | □公务员补充医疗保险  ) | | | | | | |
| 参保日期 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保地区 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  |
| 机关事业单位及社会团体参加公务员补充医疗保险需经以下部门审批 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位主管部门意见： (盖章) | | | 编办审核意见：  (盖章) | | | | 医保局审核意见：  (盖章) | | | | | | 财政部门审核意见： (盖章) | | |
| 单位声明 | | 本单位依法申请基本医疗保险登记，承诺填报信息真实、准确、完  整，请予办理。  单位 (盖章) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 经办机构意见 | | □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： | | | | | | | | | | | | | |
| □职工基本医疗保险  □大病补充医疗保险 | | | | | | □生育保险  □其他 ( | | | □公务员补充医疗保险 ) | | | | |
| 经办工作人员签字： 经办机构 (盖章) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |