表2

单位名称 (盖章) ：

单位编码：

江西省职工基本医疗保险参保登记表

|  |  |
| --- | --- |
| □职工基本医疗保险险种： □大病补充医疗保险□其他 ( | □公务员补充医疗保险□生育保险 ) |



□灵活就业人员

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 证件类型 | 证件号码 | 申报工资 (元/月) | 变更类别 | 参保日期 | 手机号码 | 机关事业单位人员 需填写以下信息 | 备注 |
| 增加 | 中断 | 终止 | 恢复 | 在职转 退休 | 统筹地区 内转移 | 行政级别 | 专业技术 职称 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.灵活就业人员无需填表；

2.行政级别包括处级以下、副处级、正处级、副厅级、正厅级。

填报人： 联系电话： 经办机构工作人员： 年 月 日