|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☑新参保登记 □暂停登记 □注销登记 □拆分 □合并 □分立 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | | 巴中市XXXXXX | | | | | | | | | | | | | |
| 现统一社会  信用代码 | | 9510XXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | 原统一社会  信用代码 | | | | | | 9510XXXXXXXXXXXXXXXXX | | | |
| 通讯地址 | | XX市XX区XX街XX号 | | | | | | | | | | | | | |
| 单位性质 | | ☑行政机关 □事业 □企业 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | 姓名 | | | XXX | | | | | 联系电话 | | | | 1XXXXXXXXXX | |
| 身份证件号码 | | | 513XXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | | | | | |
| 开户银行 | | XX银行XX支行 | | | | | 户名 | | | | | | 巴中市XXXXXX | | |
| 银行账号 | | XXXXXXXXXXXXX | | | | | | | | | | | | | |
| 经办人员 | 姓名 | XXX | | | | | | | 所在部门 | | | | XXX | | |
| 手机  号码 | 1XXXXXXXXXX | | | | | | | 联系电话 | | | | 0827-5XXXXXX | | |
| 参保  险种 | | ☑职工基本医疗保险 ☑生育保险  ☑补充医疗保险 □其他（\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） | | | | | | | | | | | 参保起始时间 | | XX年XX月XX号 |
| **机关事业单位及社会团体填报以下信息** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经费来源 | | 财政拨款/自收自支 | | 主管部门 | | | | XX局 | | | | | | | |
| 最新核编人数（含纪检、军转） | | | | | | | | X | | | 退休人数 | | | | X |
| 机关在编人数 | | X | | 公务员人数 | | | | X | | | 后勤服务人数 | | | | X |
| 参公在编人数 | | X | 事业在编人数 | | | | | X | | | 非编制聘用人数 | | | | X |
| 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。  单位（盖章）  XX年 XX月 XX 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医疗保险登记：  □职工基本医疗保险 □生育保险  □补充医疗保险 □其他（ ）  经办人签字： 经办机构（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 经审核，申报单位不符合以下登记办理条件：  □暂停登记 □注销登记  □拆分 □合并 □分立  经审核，同意申报单位办理以下登记：  □暂停登记 □注销登记  □拆分 □合并 □分立  经办人签字： 经办机构（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

基本医疗保险单位参保信息登记表（样表）