|  |
| --- |
| ☑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）