|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位基本医疗保险参保信息登记表 | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | 联系电话 |  | |
| 人数合计 | |  | 其中在职人数 |  | | 其中退休人数 |  |
| 统一社会信用代码证编码 | |  | | | | | |
| 参保缴费时间 | |  | 开户银行 |  | | 账号 |  |
| 医疗保险单位缴费比例 | |  | 医疗保险个人缴费比例 |  | | 生育保险缴费比例 |  |
| 参保单位意见 | 同意参保缴费 | | | 医保审核意见 | 同意参保缴费 | | |
| 经办人： 法人代表： | | | 经办人： 复核人： | | |
|
| （单位签章） | | |  | | |
|
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | |