|  |
| --- |
| 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 |