基本医疗保险单位参保信息登记表

<table>
<tr><td>登记类型</td><td colspan="6">☐新参保登记　☐暂停登记　☐注销登记　☐合并　☐分立</td></tr>
<tr><td>单位名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>统一社会信用代码</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>单位地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">单位性质</td><td colspan="6">☐企业　☐城镇个体工商户　☐社会团体　☐民办非企业单位</td></tr>
<tr><td colspan="6">☐机关　☐全额拨款事业单位　☐差额拨款事业单位　☐自收自支事业单位</td></tr>
<tr><td rowspan="2">法定代表人</td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证件号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>开户银行</td><td colspan="2"></td><td>户名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>银行账号</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>单位经办人员</td><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">参保险种</td><td colspan="6">☐职工基本医疗保险　☐企业补充医疗保险　☐公务员医疗补助</td></tr>
<tr><td colspan="6">☐生育保险　☐长期护理险　☐职工大病医疗保险</td></tr>
<tr><td colspan="7">机关事业单位及社会团体填报以下信息</td></tr>
<tr><td>经费来源</td><td colspan="2"></td><td>主管部门</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">最新核编人数</td><td></td><td>退休人数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>机关在编人数</td><td colspan="2"></td><td>公务员人数</td><td></td><td>后勤服务人数</td><td></td></tr>
<tr><td>参公在编人数</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">事业在编人数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>单位声明</td><td colspan="6">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）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>经办机构意见</td><td colspan="6">☐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　☐企业补充医疗保险　☐公务员医疗补助
☐生育保险　☐长期护理险　☐职工大病医疗保险

经办人签字：　经办机构（盖章）　年　月　日</td></tr>
</table>