

海门市职工医疗生育保险参保花名册

单位名称（盖章）：

填表日期：

序号	姓名	养老保险 个人编号	身份证号码	参保类型	月缴费基数

第一联（白）
第二联（红）
第三联（黄）

说明：1、单位参保人员增加填写此表，本表一式三份，报医疗保险经办机构一份，信息中心一份，单位自存一份； 2、参保类型包括：首次参保、续保、外地转入； 3、外国人参保，身份证号码一栏填写外国人永久居留证号码或护照号码； 4、报此表时须附参保人员身份证原件，提供养老保险申报花名册复印件（单位盖章），机关、事业人员提供工资待遇审批表（人事、组织部门）； 5、办理期限：每月1至25日正常工作日。

填表单位负责人：

单位经办人：

联系电话：

医保经办人：

信息中心经办人：