淮南市城镇职工医疗保险登记申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（全称）\* |  | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | |
| 单位类型\* | □企业 □事业 □参公事业 □机关 □社会团体 □民办非企业 □个体工商户 □其它 | | | | | | |
| 所属行政区划\* |  | | | 所属行业 | | |  |
| 经济类型 |  | | | 所属税务分局 | | |  |
| 单位隶属关系 | □中央 □省 □市（地区） □区（县） □乡镇（街道） □部队 □其他 | | | | | | |
| 企业或个体工商户证照登记信息\* | 发证机关 |  | 证照代码 | |  | | |
| 发证日期 |  | 有效期限 | |  | | |
| 机关、事业单位批准成立信息\* | 批准单位 |  | 批准文号 | |  | | |
| 批准日期 |  | 有效期限 | |  | | |
| 单位法人或负责人\* | 姓 名 |  | 联系电话 | |  | | |
| 证件名称 |  | 证件号码 | |  | | |
| 开户银行 |  | | 经办人\* | |  | | |
| 帐户名称 |  | | 联系电话\* | |  | | |
| 银行帐号 |  | | 电子邮箱 | |  | | |
| 参保时间\* | 年 月 日 | | 统一社会信用代码\* | | |  | |
| 单位法人：  （单位公章）  经办人：  年 月 日 | | | 医保经办机构：  （盖章）  经办人：  审核人： 年 月 日 | | | | |

说明：1.本表一式两份。用人单位应如实填写，部分内容请在□内打钩（√），请以黑色笔填写或打印，带\*为必填项。

2.新增单位医保编码均为统一社会信用代码。

3.办理时间：每月1-22日， 咨询电话： 0554-6886115