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\* |  |
| 银行账号 |  | 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