

职工基本医疗保险参保登记表

单位名称(公章)

单位编码:

险种:

灵活就业人员

序号	姓名	身份证件类型	身份证件号码	申报工资 (元/月)	变更类型						手机号码	备注	
					增加	中断	终止	恢复	在职转 退休	统筹区 内转移			跨区域 转移
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													

第一联 经办机构留存 第二联 参保单位(人员)留存

注:灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人:

联系电话:

经办机构经办人:

经办机构复核人:

年 月 日