

泰州市基本医疗保险用人单位职工参保登记表

单位全称（盖章）：

医保单位编号：

序号	姓名	公民身份号码	增减情形	增减日期	月缴费工资	备注
				(年 月)		
1				20 /		
2				20 /		
3				20 /		
4				20 /		
5				20 /		
6				20 /		
7				20 /		
8				20 /		

用人单位经办人：

移动电话：

申报日期：

经办机构(盖章)：

- 说明
1. 用人单位填写内容和提供材料应真实准确有效，否则承担相应的法律责任；
 2. 增减情形：（1）新增；（2）减员；（3）在职转退休；
 3. 本表一式两份，用人单位、医保经办机构各留一份。