湖南省基本医疗保险单位参保信息登记表（参考样表1）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □新参保登记 □暂停登记 □注销登记 □拆分合并分立 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | | | |  | | | | 单位编码（新参保由医保部门填写） | | | | |  | | |
| 现统一社会  信用代码 | | | |  | | | | 原统一社会  信用代码 | | | | |  | | |
| 通讯地址 | | | |  | | | | 上级主管部门 | | | | |  | | |
| 单位性质 | | | |  | | | | 隶属关系 | | | | |  | | |
| 法定代表人 | | | 姓名 | | |  | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 身份证件号码 | | |  | | | | | | | | | |
| 开户银行 | | |  | | | | 户名 | | |  | | | | | |
| 银行帐号 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 经办  人员 | 姓名 | |  | | | | | | 所在部门 | | |  | | | |
| 手机号码 | |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 参保  险种 | | □职工基本医疗（生育）保险  □补充医疗保险 □其他（） | | | | | | | | | | | | | |
| **机关事业单位及社会团体填报以下信息** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经费来源 | | |  | | 主管部门 | |  | | | | | | | | |
| 最新核编人数（含纪检、军转） | | | | | | |  | | | | 退休人数 | | | |  |
| 机关在编  人数 | | |  | | 公务员  人数 | |  | | | | 后勤服务人数 | | | |  |
| 参公在编  人数 | | |  | | | | 事业在编人数 | | | | | | | |  |
| 单位声明 | | | 本单位依法申请医疗保险登记，承诺填报信息真实、准确、完整，请予办理。  单位（单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 经办机构  意见 | | | □经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。  经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记：  □职工基本医疗（生育）保险  □补充医疗保险 □其他（ ）  经办人签字： 经办机构（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

湖南省职工基本医疗保险参保登记表（参考样表2）

单位名称（单位公章）： 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  类别 | 人员  身份 | 档案记载首 次出生年月 | 参加工  作时间 | 退休需补缴费用情况  （由医保部门填写） | 手机号码 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

2.变更类别包括增加、中断、终止、恢复、在职转退休、统筹区内转移；人员身份填写“干部”或“工人”；

3.参加工作时间，新增的填写本次起薪年月，在职转退休的填写退休审批表上的首次参加工作日期，减少的不填；

4.在职转退休的，申报工资须填写经养老保险待遇部门核定的月退休费合计数；

5.在职转退休不足年限需补缴费用或提前退休须缴纳医疗保险费的，由医保部门核算和填写，单位在备注栏签字确认。

填报人： 联系电话： 经办机构经办人： 年 月 日

湖南省基本医疗保险参保单位信息变更登记表（参考样表3）

单位编码（单位公章）： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原登记事项 | | | | 变更事项 | |
| 单位名称 | | | | 单位名称 | |
| 住所（地址） | | | | 住所（地址） | |
| 单位类型 | | | | 单位类型 | |
| 法定  代表人（负责人） | 姓名 | |  | 姓名 |  |
| 身份证件  号码 | |  | 身份证件  号码 |  |
| 联系电话 | |  | 联系电话 |  |
| 缴费  单位 经办人 | 姓名 | |  | 姓名 |  |
| 联系电话 | |  | 联系电话 |  |
| 开户  银行 | 账号 | |  | 账号 |  |
| 开户行 | |  | 开户行 |  |
| 其他 |  | |  |  |  |
| 备注 |  | | | | |
| 经办机构审核意见 | | 经办人: （受理单位盖章）  年 月 日 | | | |

湖南省基本医疗保险职工参保信息变更登记表（参考样表4）

单位名称： 单位编码： 联系电话： □关键信息 □非关键信息 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 身份证件号码 | | 姓名 | | 变更项目 | | 变更前 | | 变更后 | | 签字 | 备注 |
| 1 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 2 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 3 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 4 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 5 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 6 |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 单 位  经办人  （签章） | |  | | 单位意见  （单位公章） | |  | | 经办机构  意见 | |  | | |

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息

湖南省基本医疗保险法定断档补缴申请表（参考样表5）

单位名称（单位公章）： 单位编码： □灵活就业人员

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生  年月日 | 身份证件号码 | 人员  类别 | 补缴工资  （元/月） | 参保险种 | 当前参  保状态 | 补缴开始年月 | 补缴结束年月 | 参保人手写签名 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.灵活就业人员无需填写单位名称和单位编码。

2.人员类别填写“在职”或“退休”。

3.当前参保状态填写“有效”“无效”或“未参保”。

填报人： 联系电话： 经办机构经办人： 年 月 日

湖南省退休人员基本医疗保险管理登记表（参考样表6）

单位名称（单位公章）： 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 | 退休工资  （元/月） | 变更类别 | 变更后 退休工资 | 死亡停保 | | 管理责任单位变更 | | 备注 |
| 死亡日期 | 扣回多划个人  账户金额（医  保部门填写） | 变动原因 | 当前医保管理  责任单位 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.变更类别填写：“退休工资变更”、“死亡停保”或“医保管理责任单位变更”；

2.死亡停保需扣回多划个人账户金额，由医保部门核算和填写；

3.管理责任单位变更的，由申请转入的单位申报；变动原因，根据实际情况填写“原单位注销”、“合并”或填写其他原因。

填报人： 联系电话： 经办机构经办人： 年 月 日