|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗保险保健对象或照顾人员登记表** | | | | | | | | | |
| 填报单位（签章）：　　　　　　　　　　　　　　　单位编号：　　　　　　　　　　　　　填报日期：　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 人员类别(行政职务） | | 批文部门 | 批准文号 | 开始享受日期（年月日） |
| 登记前 | 登记后 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 温馨提示：  1、单位编号和个人编号是指参加企业职工养老、城镇职工基本医疗、工伤、生育、失业保险的编号；  2、办理医疗保险保健对象或照顾人员登记提供任免文件，如任免文件无法确定行政级别的需提供具有工资审批职责部门核定的工资表，收复印件（1份）；  3、此表一式一份，社保机构留存。 | | | | | | | | | |