

表 2：职工基本医疗保险参保登记表（参考样表）

单位名称（盖章）：

单位编码：

险种：

☐灵活就业人员

| 序号 | 姓名 | 身份证 证件类型 | 身份证件号码 | 申报工资 （元/月） | 变更类别 | | | | | | 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 | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |

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：

年 月 日