

# 医保预缴人员信息登记表

单位编号：

填表人：

预缴类型：☐综合医保☐住院医保

单位名称（盖章）：

联系电话：

填表日期：      年      月      日

| 序号      | 姓名 | 性别                                                                                              | 身份证号码<br>(18位) | 职工类型           |          |              | 退休时间 | 月缴费<br>工资 | 累计缴费<br>年限<br>(月) | 累计在<br>本地参<br>保月数 | 预缴时段 | 预缴月数 | 备 注 |
|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------|--------------|------|-----------|-------------------|-------------------|------|------|-----|
|         |    |                                                                                                 |                | 单位退休           |          | 灵活就业<br>退休人员 |      |           |                   |                   |      |      |     |
|         |    |                                                                                                 |                | 公务<br>员        | 非公<br>务员 |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 1       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 2       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 3       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 4       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 5       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 6       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 7       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 8       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 9       |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 10      |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 本 页 合 计 |    |                                                                                                 |                |                |          |              |      |           |                   |                   |      |      |     |
| 经办人意见   |    | 根据《汕头经济特区职工基本医疗保险和生育保险规定》（汕头市人民政府令第205号），拟同意按照统一缴费基数_____元为其办理职工医保预缴手续。<br>请领导批示<br>经办人：<br>时间： |                | 分中心（部门）负责人审核意见 |          |              |      |           |                   | 审核（批）意见           |      |      |     |

注：1、本表一式二份，经审核盖章后，医保中心留存档一份，申报单位存档一份。