

# 宜昌市医疗保险单位在职职工增减申报表

填报单位（章）：

单位编号：

填报时间： 年 月 日

序号	姓名	身份证号码	个人编号	增或减	增减原因	增减时间	参保险种			户籍		月缴费基数	退休工资	手机号码	职工签名
							基本医疗	生育	公务员补助医疗	补充医疗	非农业				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

第一联：市医保中心

第二联：参保单位

填报单位负责人（章）：

填报单位经办人（章）：

联系电话：

经办机构审核人：

- 填报说明：
1. 单位新增人员，应提供参保人本人手机号码；
  2. 机关事业单位新增在编人员须提供本人编制卡、工资卡及津补贴审批表复印件；
  3. 机关、事业及中省企业单位办理在职转退休，应提供退休呈报表，并及时办理医疗保险清算；
  4. 表格所属栏目均应填写完整。