

附表 2

职工基本医疗保险参保登记表

单位名称（盖章）：X X 有限公司

单位编码：621000000000

☐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）	缴费 起始 时间	险种				变更类别							手机号码	备注
						基本 医疗 保险	生育 保险	补充 医疗 保险	其它	增 加	减 少	暂 停	中 断	终 止	恢 复	在 职 转 退 休		
1	王 XX	身份证	5105250000000000000	3000	2002.02	✓				✓							XXXXXXXXX	
2	XXX																	
3	XXX																	
4	XXX																	
5	XXX																	
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：王 XX

联系电话：XXXXXXXXXX

经办机构经办人：XXX

年 月 日