哈尔滨市基本医疗保险单位参保信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口新参保登记 口暂停登记 □注销登记 口拆分合并分立 | | | | | | | | |
| 单位名称 | | 哈尔滨雨逅美容服务有限公司 | | | | | | |
| 统一社会  信用代码 | | 91230103MACC9EKW6G | | | | 单位性质 | 企业 | |
| 通讯地址 | | 黑龙江省哈尔滨市南岗区西宁南路106号中交香颂D栋5层13号 | | | | | | |
| 法定代表人 | | 姓名 | 阎婧雯 | | | 联系电话 | 18945658913 | |
| 证件类型 | 居民身份证 | | | 身份证件号码 | 152102199312132728 | |
| 开户银行 | | 兴业银行股份有限公司哈尔滨哈西支行 | | | | 银行帐号 | 562140100100069220 | |
| 户名 | | 哈尔滨雨逅美容服务有限公司 | | | | | | |
| 经办  人员 | 姓名 | 阎婧雯 | | | | 所在部门 |  | |
| 手机号码 | 18945658913 | | | | 联系电话 | 18945658913 | |
| 参保险种 | | □职工基本医疗保险 □大额医疗费用补助 □公务员医疗补助  □医疗照顾人员医疗补助  □离休人员医疗保障（ 含一至六级残疾军人医疗补助及二等乙级以上革命伤残军人） | | | | | | |
| 基本医疗保险  缴费比例 | | □统账结合（10.1%，含生育保险0.6%） | | | | | | |
| 机关事业单位及社会团体填报以下信息 | | | | | | | | |
| 经费来源 | |  | | 主管部门 | |  | | |
| 最新核编人数（含纪检、军转） | | | | | |  | 退休人数 |  |
| 机关在编人数 | |  | | | 公务员人数 |  | 后勤服务人数 |  |
| 参公在编人数 | |  | | | | 事业在编人数 |  | |
| 单位  意见 | | 本单位依法申请医疗保险登记，承诺填报信息真实、准确、完整， 请予办理。  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 经办  机构  意见 | | □经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。  经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记：  □职工基本医疗保险 □大额医疗费用补助 □公务员医疗补助  □医疗照顾人员医疗补助  □离休人员医疗保障（ 含一至六级残疾军人医疗补助及二等乙级以上革命伤残军人）  经办人：阎婧雯 经办机构（盖章） 2024年 5月 7 日 | | | | | | |

温馨提示：1、新参保单位办理医疗保险参保登记时需提供：

（1）统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件、

（2）《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）

2、已参保单位办理暂停登记、注销登记及拆分合并分立等业务需提供：

（1）《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）

（2）批准单位暂停、注销、拆分合并分立等文件。