

哈尔滨市基本医疗保险单位参保信息登记表

<input type="checkbox"/> 新参保登记		<input type="checkbox"/> 暂停登记		<input type="checkbox"/> 注销登记		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 公务员医疗补助 <input type="checkbox"/> 医疗照顾人员医疗补助 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 大额医疗费用补助 <input type="checkbox"/> 公务员医疗补助 <input type="checkbox"/> 医疗照顾人员医疗补助 <input type="checkbox"/> 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：

- 统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件、
- 《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：

- 《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）
- 批准单位暂停、注销、拆分合并分立等文件。