## GZFJ013 机关事业单位转制人员和其他人员缴纳职工基本医疗保险费审批表

|  |
| --- |
| **机关事业单位转制人员和其他人员缴纳职工基本医疗保险费审批表** |
| 单位名称 | 　 | 统一社会信用代码/纳税人识别号 | 　 | 单位社保号 | 　 |
| 办理类别 | 〔 〕 已达到法定退休年龄的人员 〔 〕 未达到法定退休年龄的人员　 | 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 姓名 | 个人社保号 | 身份证明号码 | 出生日期 | 性别 | 身份类别 | 进入本单位时间 | 医疗保险参保时间 | 医疗保险已缴费月数 | **右列为税务机关填写** | 男年满45岁时间，女年满35岁时间 | 达到法定退休年龄 | 应缴月数 | 所属期起 | 所属期止 | 职工基本医疗保险费 (元) | 职工重大疾病医疗补助金(元) | 合计 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请人声明：本表所填内容正确无误，所提交的证件、资料及复印件真实有效，如有虚假愿承担法律责任。  | 合计 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |  |
| 申请人签名盖章： 年 月 日 |
| 受理人：  | 审核意见： | 审批意见： | 税务机关盖章 |
|  年 月 日 |  年 月 日 |  年 月 日 |  年 月 日 |
|
|
|

填表说明：本表一式二份，税务机关、缴费单位各存一份。