|  |
| --- |
| 重庆市职工医疗保险单位补缴申报表 |
|  |
|  申请单位（签章）：  | 单位医保编号： |
| 序号 | 姓名 | 个人编号 | 身份证号码 | 申请补缴时段 | 备注 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 申请补缴原因 | 　 |
|  参保单位经办人： 联系电话：  |
|  填报时间： 年 月 日 |
| 医疗保险经办机构处理情况 | 经办人： 复审人：  |
|   |
| 经办时间： 年 月 日 |