|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |