**南通市用人单位医疗保险参保信息采集表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（盖公章处） |  |
| 单位所在地地址 |  |
| 单位统一社会信用代码 |  |
| 发照日期 |  |
| 法定代表人或负责人 | 姓 名 |  | 固定电话 |  |
| 身份证号码 |  | 移动电话  |  |
| 经办人员信息 | 姓 名 |  |
| 固定电话 |  | 移动电话 |  |
| 银行信息 | 银行用途 | □征缴账号□待遇拨付/发放账号 | 开户行 |  |
| 银行账号 |  | 银行户名  |  |
| 单位类型 | □机关事业 □企业 □个体工商户 □民办非企业 □社会团体 □其他 |
| 单位所在区 | □崇川区 □开发区 □通州湾示范区 □苏锡通园区 |
| 医 疗保 险经 办机 构受 理意 见 | 单 位 编 号： |
|  医保经办机构经办人（签章） 经办时间 年 月 日 |

填表人： 联系电话： 填表日期 年 月 日

**备注：**用人单位应当至医保经办窗口办理医疗保险登记并申报缴纳医疗保险费。新单位参保登记后，应及时申请办理医保网厅CA证书或者通过“江苏政务服务网”完成单位网上实名注册，以便登录“江苏省医疗保障局网上服务大厅”在线办理参保征缴业务。