苏州市用人单位参保登记信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位基本信息 | 单位类型 | □正常企业 □个体工商户 □社会团体  □机关 □全额拨款事业单位 □差额拨款事业单位  □自收自支事业单位 □参照公务员事业单位  □省属机关事业单位 □部属机关事业单位  □军队机关事业单位 | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | |
| 单位名称 |  | | | |
| 单位联系信息 | 联系人姓名 |  | 联系电话 |  | |
| 所属行政区 |  | | | |
| 单位详细地址 |  | | | |
| 单位注册信息 | 法定代表人  姓名 |  | 法定代表人  移动电话 |  | |
| 法定代表人  证件类型 |  | 法定代表人  证件号码 |  | |
| 批准成立部门 |  | 批准成立日期 |  | |
| 银行信息 | 银行用途 | □征缴账号 □待遇拨付/发放账号 | | | |
| 开户行名称 |  | | | |
| 银行账号 |  | | | |
| 银行户名 |  | | | |
| 险种选择 | 默认参保险种 | 职工基本医疗保险、大额医疗费用补助、地方补充医疗保险、生育保险、职工大病医疗保险、长期护理保险 | | | |
| 可勾选险种 | □公务员医疗保险 □一至六级残疾军人医疗保险  □离休人员医疗保障 | | | |
| 本单位承诺，所填写内容和材料真实准确有效，所提交的文件、证件和有关附件真实、合法、有效，复印件文件与原件一致，并对因填报或提交虚假信息、资料所引发的一切后果承担相应的法律责任。 | | | | | |
| 单 位：  经办人： | | | | | （盖章）  年 月 日 |
| 医保经办机构意见 | |  | | | 业务员（盖章）  年 月 日 |

说明：本表一式二份，缴费单位和医保经办机构各一份。