湖南省职工基本医疗保险参保登记表（表2）

（新增登记）

单位名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　单位编码：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 灵活就业人员

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证件类型** | **身份证号码** | **出生年月** | **申报月工资**  **（元）** | **本次参保时间** | **手机号码** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 我单位（本人）承诺:  申报材料及填写内容真实有效，符合国家有关法律法规，如因虚假申报影响职工权益或违反国家有关法律法规，我单位(本人)承担一切后果和法律责任。  （单位行政公章或灵活就业人员本人签名）：  单位经办人签名： 单位经办人联系方式： 年 月 日 | | | | | | | | |

注：1.灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码，需要提供本人有效身份证件；

2.灵活就业人员不在户籍地参保还需要提供居住证。