湖南省退休人员基本医疗保险参保管理登记表（表 6）

单位名称（单位公章）： 单位编码： 险种：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证件类型 | 身份证件号码 | 退休工资  （元/月） | 变更类别 | 变更后退休工资 | 死亡停保 | | 管理责任单位变更 | | 备注 |
| 死亡日期 | 扣回多划个人  账户金额（医保部门填写） | 变动原因 | 当前医保管理责任单位 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.变更类别填写：“退休工资变更”、“死亡停保”或“医保参保管理责任单位法定变更”；

* 1. 死亡停保需扣回多划个人账户金额，由医保部门核算和填写；
  2. 参保管理责任单位法定变更的，由申请转入的单位申报；变动原因，根据实际情况填写“原单位注销”、“合并”或填写其他原因。

填报人： 联系电话： 经办机构经办人： 年 月 日