湖南省基本医疗保险法定断档补缴申请表（表5）

单位名称（单位公章）： 单位编码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月日 | 身份证件号码 | 人员类别 | 补缴工资（元/月） | 参保险种 | 当前参保状态 | 补缴开始年月 | 补缴结束年月 | 参保人手写签名 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.人员类别填写“在职”或“退休”。

2.当前参保状态填写“有效”或“无效”或“未参保”。

填报人：　　　　　　　　　　联系电话：　　　　　　　　　　　　　 经办机构经办人：　　　　　　　 年 月 日