|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件： |  |  |  |  |  |  |
| 大学毕业生基本医疗保险补贴申领表 |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 劳动签订起止时间 | 本次申领补贴的医疗保险缴费起止时间 | 本次申领补贴的医疗保险单位缴纳金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 参保企业意见： 年 月 日 | 医保经办机构意见：经审核，该参保企业此次申领医疗保险单位缴纳部分补贴的共有 人，共计金额 元 年 月 日 |
|
|
|
|
| 医疗保障局的意见： 年 月 日  |
|
|
|
| 注：本表一式三份，申领企业、区医疗保障局和医保经办机构各一份.  |