抚顺市城镇职工基本医疗保险

参保单位人员增加表（新参保）

单位名称（公章）：　　年　　月　　日　　单位编码：

序号	姓名	电脑编号	参加工作时间	身份证号	民族	文化程度	婚否	缴费基数	变更日期

经办人：　　联系电话：　　审核人：

此表一式两份，由填报单位和社保业务部门分别留存