抚顺市城镇职工基本医疗保险

参保单位人员减少、停保表

单位名称（公章）：　　年　　月　　日　　单位编码：

序号	姓名	电脑编号	减少、停保原因	退休工资总额	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