**舟山市城镇职工基本医疗保险一次性预缴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 身份证号码 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | | 退休时间 | |  |
| 基本医疗保险 实际缴费年限 | | |  | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | |
| 单位  或个  人预  缴意  见 | **要求一次性预缴。**  签字(盖章)：  年 月 日 | | | | | | | |
| 医保 机构 审核 意见 | 经审核基本医疗保险实际缴费年限为 年 月，按舟政发【2022】28号文 件规定同意预缴基本医疗保险年限为 年 月：共计缴费年限20年，预缴基本 医疗保险费金额为 元 。  (盖章)  负 责 人 ： 审 核 人 ： 年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |