附件15

基本医疗保险缴费年限认定申请表

单位名称（公章）： 统一社会信用代码/单位编码：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | 本人联系电话 |  | 退休（职）时间 |  |
| 单位经办人 |  | 单位联系电话 |  |
| 连续工龄（工作年限）或参加基本养老保险缴费年限情况（全部工作履历）（在实现信息共享后，参加湖北省直基本养老保险单位无需填写此栏） |
|
| 序号 | 工作单位 | 起止时间 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| … |  |  |
| 单位意见 |  单位（盖章）经办人： 负责人：  年 月 日 |
| 经办机构审核意见 | 本统筹区医保视同缴费年限 | 月 | 本统筹区医保实际缴费年限 | 月 |
| 应补缴的月数 |  个月（大写： 个月） |
| 补缴方式：□一次性补缴 □按在职状态逐月补缴 |
|  初审： 复审： 负责人：（单位盖章） 年 月 日 年 月 日 年 月 日 |
|
|
|
|
| 备注 |  |
|  注：此表一式三份，省医保服务中心、参保单位和职工个人各一份。 |