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。 | | | | | | |