附件 1

重庆市职工医疗保险单位补缴申请表

序号	姓名	个人医保号	身份证号码	申请补缴时段	备注
1					
2					
3					
4					
5					
6					
申请补缴原因					
参保单位经办人：　　联系电话：　　填报时间：　　年　　月　　日					
医疗保险经办机构处理情况	经办人：　　科室负责人： 经办时间：　　年　　月　　日				

申请单位（签章）：　　单位医保编号：

中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY