附件2

机关事业单位医保服务对象基本信息汇总表

单位名称（盖章） 行政隶属 （央属/省属/市属） 经费来源： （财政核拨/财政拨补/经费自理）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 居民身份证号码 | 在职/退休 | 职务（职级） | 任现职务（职级）时间 | 退休前职务（职级） | 退休前聘任职称 | 专业前部队职务 | 军转干部专业入职时间 | 职称 | 职称聘任周期 | 职称资格取得时间 | 国务院特殊津贴享受时间 | 特级教师授予时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**以上采集信息真实准确，与实际情况相符。**

经办人： 申报日期： 年 月 日