附件1

机关事业单位医保服务对象基本信息表

单位名称（盖章）：

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

参保人（签字）： 填表日期：