|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件： |  |  |  |  |  |  |  |
| 省直离休干部医疗保障信息确认表 |
| （单位公章） |  |  |  |  | 年 月 日 |
| 单位 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 保健证号 | 待遇 | 定点医院 | 备注 |
|
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  经办人： 联系电话： |
|  填表说明：一、备注栏内分别填写：1、异地安置 2、调出、死亡 3、变更定点医院 4、修改错误信息  |
|  二、确认表由主管单位统一报送，按缴费单位填写离休干部信息。 |