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。