六安市城镇职工医疗（生育）保险单位参保人员在职转退休申报花名册

填报单位： 单位编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 个人编号 | 身份证号码 | 退休时间 | 退休工资 | 备 注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填报单位意见：经办人： 盖 章 年 月 日 | 医疗（生育）保险经办机构意见：复核:经办： 盖 章年 月 日 |

注：1.参保人员在职转退休填报此表，并附人社部门退休批文复印件；

2.各参保单位请及时办理退休人员申报，医疗（生育）保险经办机构调整下月预算，逾期不报视为无变动。