## 抚顺市城镇职工基本医疗保险

## 参保单位人员增加表(转入)

单位名称(公章): 年 月 日 単位编码:

平位41/m(44年)·			, 1 /1 H		十	
序号	姓名	电脑编号	参加工作时间	转出单位性质	缴费基数	变更日期
		-				<del>.</del>

经办人:

联系电话:

审核人: