**苏州市职工医疗保险离退休人员基本情况表**

单位名称（章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 身份证件号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性别 |   | 手机号码 |  |
| 参加工作时间 |  | 离退休时间 |  |
| 工作年限 |  | 离退休时职务（职称） |  |
| **参加工作后工作中断时间及原因** |
| 中断开始年月 | 中断结束年月 | 中断原因 |
|  |  |  |
| **工****作****简****历** | 开始年月 | 截止年月 | 工作单位 | 任何职 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **医 疗 保 险 缴 费 年 限** |
| 合计缴费年限 | 视同缴费年限 | 实际缴费年限 | 应补年限 | 应补金额 |
|  |  |  |  |  |

填表人： 手机号码： 填表日期： 年 月 日

说明：此表单为机关事业、行业统筹人员办理职工医保退休待遇核定时填写。