附件1

申 请

（供单位使用）

湖北省医保局医保服务中心：

兹有我单位 （姓名）等共 名同志，因

原因需办理基本医保关系转移接续。以上人员基本医保关系转移后，其实际缴费年限认定按新参保地规定执行，此政策已告知本人，均表示认可。现按照《省医保局办公室关于做好医保移交过渡期内参保人员基本医保关系转移接续有关工作的通知》（鄂医保办〔2021〕18号）要求，将以上人员的相关资料报送贵中心（具体见附件），请予以审核。

特此申请。

附件：申请人员名册

企业（单位）：

（盖章）

年 月 日

申 请

（供个人使用）

 （企业/单位）：

本人 （姓名），身份证号 ，因 原因需办理基本医保关系转移接续。本人已知晓并同意基本医保关系转移后，基本医保的实际缴费年限认定按新参保地政策和规定执行。后续若发现本次申请后提供的参保权益信息记录有误，本人愿意积极配合进行更正。

特此申请。

申请人：

年 月 日

申请人员名册

（供单位使用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证件号码 | 此次证明的缴费起止日期 | 办理关系转移的原因 | 新参保地 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |