附件

湖南省退休人员个人账户代扣大病保险费申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | 单位性质 |  |
| 统一社会信用代码 | |  | 单位医保编码 |  |
| 法定代表人姓名 | |  | 代扣起始时间 |  |
| 单位地址 | |  | | |
| 经办人员 | 姓名 |  | 所在部门 |  |
| 手机号码 |  | 联系电话 |  |
| 单位申报  意见 | | 我单位自愿申请从 年度开始，本单位退休人员应缴纳的大病保险费统一从其医保个人账户中扣除。我单位已通知全体退休人员并做好了相关政策解释工作。我单位承诺若因个人账户代扣大病保险费产生的矛盾或相关责任由我单位承担。  （单位公章）  单位负责人签字： 年 月 日 | | |
| 经办机构意见 | | 经办人签字： 年 月 日 | | |