|  |
| --- |
| 附件1塔城地区企业退休人员基本医疗保险缴费年限认定表 |
| 单位名称  |  | 编号 | 　 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 |  | 族 别 | 　 | 退休（职）时间 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 个人社会保险编号 | 　 | 出 生年 月 | 　 |
| 单位或主管部门意见 |  经对 个人基本医疗保险实际缴费年限进行初审，实际缴费年限已满 年 个月， 根据《社会保险法》规定，符合认定标准。 |
| 单位负责人签字或签章 （单位盖章） 年 月 日 |
| 地区/县(市)医保行政主管部门业务科室意见 |  根据《社会保险法》规定， 个人达到法定退休年龄，已办理退休，累计缴费达到国家规定年限，实际缴费年限已满 年 个月，不再缴纳基本医疗保险费，符合认定标准，拟给予认定。 |
| 业务科室经办人和负责人签字： 稽核人员签字： |
| 地区/县(市)医保行政主管部门意见 |  根据《社会保险法》规定， 个人达到法定退休年龄，已办理退休，累计缴费达到国家规定年限，实际缴费年限已满 年 个月。经局务会研究决定，不再缴纳基本医疗保险费，按照国家规定享受基本医疗保险待遇，给予认定。自 年 月起执行。  |
| （单位盖章） 年 月 日 |
| 备注说明 | 表中缴费年限和视同缴费年限填写须为大写 （如：壹贰叁肆伍陆柒捌玖拾） |
|  此表一式三份，地区/县（市）医保局业务科存档一份、经办科室存档一份作为系统录入依据、本人留存一份。 |
| 附件2塔城地区个体灵活就业人员基本医疗保险缴费年限认定表 |
| 单位名称  | 　 | 编号  | 　 |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 族 别 | 　 | 退休（职）时间 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 个人社会保险编号 | 　 | 出 生年 月 | 　 |
| 地区/县(市)医保行政部门初审意见 |  经 县市医保局对 个人基本医疗保险实际缴费年限进行初审，实际缴费年限已满 年零 个月， 根据《社会保险法》规定，符合认定标准。 |
| 单位负责人签字或签章 （单位盖章） 年 月 日 |
| 地区/县(市)医保行政主管部门业务科室意见 |  根据《社会保险法》规定， 个人达到法定退休年龄，已办理退休，累计缴费达到国家规定年限，实际缴费年限已满 年零 个月，不再缴纳基本医疗保险费，符合认定标准，拟给予认定。 |
| 业务科室经办人和负责人签字： 稽核人员签字： |
| 地区/县(市)医保行政主管部门意见 |  根据《社会保险法》规定， 个人达到法定退休年龄，已办理退休，累计缴费达到国家规定年限，实际缴费年限已满 年 个月。经局务会研究决定，不再缴纳基本医疗保险费，按照国家规定享受基本医疗保险待遇，给予认定。自 年 月起执行。  |
| （单位盖章） 年 月 日 |
| 备注说明 | 表中缴费年限和视同缴费年限填写须为大写 （如：壹贰叁肆伍陆柒捌玖拾） |
|  此表一式三份，地区/县（市）医保局业务科存档一份、经办科室存档一份作为系统录入依据、本人留存一份。 |

附件3

地（州、市） 县（市、区）自主择业军队转业干部个人不缴纳基本医疗保险费审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | 年 月 日 周岁 | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 转业时间 |  |
| 原部职别 |  | 职级 |  |
| 家庭住址 |  | 邮政编码 |  |
| 参加社保时间 |  年 月 日 | 社保账号 |  |
| 工作简历 |  |
| 地（州、市）或县(市、区）军队安置管理部门意见 | 同志年龄已满 周岁，建议从 年 月 日起个人不再缴纳基本医疗保险费。（公章）年 月 日 |
| 地（州、市）或县(市、区）医保部门意见 | （公章）年 月 日 |
| 备注 |  |

|  |
| --- |
| 附件4塔城地区民营企业退休职工基本医疗保险缴费认定汇总表 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 族别 | 身份证号 | 社保编号 | 退休时间 | 退休方式（个体/单位） | 退休单位名称 | 单位医疗保险费实际缴费年限 | 个体医疗保险费实际缴费年限 | 视同缴费时间（2000年以前） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办人员签字： | 业务经办人员签字： |
| 经办科室负责人签字： | 业务科室负责人签字： |
| 交接日期： 年 月 日 | 接收日期： 年 月 日 |
| 注：此表一式两份，地区医保局存档一份、县（市）局经办科室存档一份。 |

|  |
| --- |
| 附件5塔城地区企业退休职工、个休灵活就业人员医疗保险缴费 满年限批量认定表 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 族别 | 身份证号 | 社保编号 | 退休时间 | 医疗保险缴费时间 | 实际缴费年限 | 备注（单位/个体） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 经办人员签字： | 业务经办人员签字： |
| 经办科室负责人签字： | 业务科室负责人签字： |
| 交接日期： 年 月 日 | 接收日期： 年 月 日 |
| 注：此表一式三份，地区/县（市）医保局业务科室存档一份、经办科室存档一份、单位或本人留存一份。如单位集体认定需在备注栏中注明“单位全称”。 |