参照退休人员享受医疗保险待遇补缴不足年限

基本医疗保险费申请表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人填写 | 姓名 | |  | | | | 个人保险号 | | |  | | | | |
| 性别 | | 男 女 | | | | 年龄 | |  | | 联系电话 | | |  |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | | |
| 社保机构核定 | 实际缴费年限 | | | | | 年 月 | | | | 视同缴费年限 | | | 年 月 | |
| 最低缴费年限 | | | | | 男25年 女20年 | | | | 不足缴费年限 | | | 年 月 | |
| 补  缴  金  额 | 月补缴基数 | | | | | 元 | | | 补缴比例 | | | % | |
| 月补缴金额 | | | | | 元 | | | 补缴总月数 | | |  | |
| 总金额 | | | 大写： 万 仟 佰 拾 元 角 分 ￥ | | | | | | | | | |
| 本人 | | | | | 社保机构 | | | | | | | | | |
| 经办人 | | | 科室负责人 | | | | 中心领导 | | |
| 签章：  年 月 日 | | | | | 签章：  年 月 日 | | | 签章：  年 月 日 | | | | 签章：  年 月 日 | | |

注：1、本表用于参保人员男满60周岁、女满55周岁未能办理退休手续且不足年限一次性补缴的申请。

2、本《申请表》由市社保中心待遇审核科审核后到稽核科打印缴费核定单，并在每月的6日-20日到地税部门缴纳基本医疗保险费，缴费后凭地税盖章确认的缴税凭证，再到市社保中心待遇审核科办理参照退休人员享受医疗保险待遇的手续。

3、参照退休人员享受医保待遇的个人医疗帐户划拨，以上年度全市企业退休人员平均养老金为基数，按规定的比例划入。

4、本表一式两份，一份本人留存，一份由社保经办机构存档。