**兴宁市职工医保参保人在职转退休状态名册表**

参保单位（盖章）： 填报人（签名）： 联系方式： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **人员类型** | **办退时间** | **执行退休时间** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

备注：人员类型：机关工作人员、事业工作人员、社团组织工作人员、企业工作人员、其他； 咨询电话：0753-3257220

此表一式二份，医保中心、参保单位各存一份。