

附件 3

参加职工医疗互助保障计划人员汇总表

部门工会名称（盖章）：

联系专员及联系方式：

序号	姓名	身份证号	性别	工号	城镇职工医保卡号	用工性质 (事业编、合同 I、合同 II)	医保卡复印件 (正反面同页)
1	***	23010*****1234	女	*****	*****	事业编	已提供
2	***	23011*****5678	男	*****	*****	合同 I	丢失
3	***	23012*****9012	女	*****	*****	合同 II	已提供
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

- 注：1. 表中人员均表示自愿参加“大综合”，并愿承担 20%（24 元）保费；女教职工还包括自愿参加“女工计划”，保费校工会全部承担。
2. 各参保人员医保卡（正反面）同页复印件需按顺序排好，与此表一并送交校工会。
3. 各部门工会需确定 1 名联系专员，信息填到右上角指定位置。