附件

**用人单位由统账结合模式变更按大病统筹**

**模式参加基本医疗保险申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位（组织机构）代码 |  | 参保区县 |  |
| 单 位 申 请 |
| 我单位现有在职职工 人，退休人员 人，因连续 年生产经营亏损，继续按统账结合模式参加基本医疗保险有困难，经□职工代表大会/□职工大会讨论通过，现申请变更为按大病统筹模式参加基本医疗保险。**附：□职工代表大会/□职工大会决议、前两个年度会计报表（资产负债表、损益表）、在职职工和退休人员名册**单位签章：（公章） 法定代表人：（签名）年 月 日（经办人： ；联系电话： ） |
| 区县核实意见：区县人力社保部门：（公章） 经办人：（签名）年 月 日 |

备注：此表由用人单位填报，区县人力社保部门核实并签章。此表一式三联，用人单位、区县人力社保部门和社保经办机构各留存一联。