

上海市医疗就诊证 验证申请表

单位全称（盖章）		单位电话	
单位地址		单位邮编□□□□□□	
单位机构代码 □□□□□□□□		单位保险编码 □□□□□□□□	
单位统一社会信用代码 □□□□□□□□□□□□□□□□			
申请人姓名		性别	社保卡号码□□□□□□□□
身份证号码 □□□□□□□□□□□□□□□□			
家庭住址	区（县）	街道	路 弄 号 室
家庭电话		邮编 □□□□□□	
参加工作	年 月 日	上一年度统筹金缴纳 是□ 否□	
<input type="checkbox"/> 离休 <input type="checkbox"/> 退休	年 月 日	离休医疗证编号 □□□□□□	
行政级别	职务	任命时间	任命批文（文号）
专业技术职称	批准时间		批准部门
验证内容： 1、单位名称 2、行政级别 3、人员去向 4、费用性质 5、就医情况 6、其 他	填表单位（盖章） 经办人： 联系电话：	上级单位（盖章） 负责人： 联系电话：	

以下由审批部门填写

选定医院	费用性质	保健号	系统号
初审意见：		复审意见：	
初审员：		初审日期：	复审员：
制证人：		制证日期：	校对入：
发证人：		发证日期：	领证人：

填表说明： 单位保险编码指由上海市社会保险事业基金结算管理中心赋予的编码。