荆门市职工退休养老保险和医疗保险待遇

“一事联办”登记表

单位：（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  信  息 | 姓  名 |  | 性  别 |  | 出生年月 |  | 用人  单位或  本  人  填  写 |
| 工作单位 |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  |
| 时间 | 单    位 | | | 职务或工作 | 岗位性质 |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| 需要办理 | 联办  事项 | 申请办理职工退休养老保险待遇 | | | □是 | □否 |
| 申请办理职工医保退休不再缴费 | | | □是 | □否 |
| 职工养老保险缴费年限 | 参加工作时间 |  | 间断工作时间 |  | 退休时间 |  | 医保部门填写 |
| 改革前职工养老保险视同缴费年限 |  | 改革后职工养老保险实际缴费年限 |  | 职工养老保险缴费年限合计 |  |
| 职工医保缴费年限 | 职工医保  累计缴费  月数合计 |  | 其      中 | 视同缴费月数 | 从      年  月至   年  月共计    月 | |
| 本地实际缴费月 | 从      年  月至   年  月共计    月 | |
| 异地实际缴费月数 | 从      年  月至   年  月共计    月 | |
| 根据荆政发〔2017〕25号文件规定，自    年  月起，该同志符合享受职工医保        档，不再缴费待遇条件。                                                           年  月   日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |