附件2：

基本医疗保险单位信息注销登记表

单位名称（章）： 填表日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位编号 | |  | | |
| 批准注销、解散等文件名称 | |  | 批准日期 |  |
| 注  销  原  因 | 单位撤销 （ ）  单位解散 （ ）  单位合并 （ ）  单位改制 （ ）  成建制转出 （ ）  其他 （ ） | | | |
| 医疗保险注销日期 | |  | | |
| （医保经办机构） 经办人： 复核人： 年 月 日 | | | | |