附件

郴州市医疗保障局社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | （近期1寸蓝底证件照） |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 学 历 |  |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 电子邮箱 |  | | 手机号码 |  | |
| 户籍地址 |  | | | | |
| 参保地 |  | | 在职/退休 |  | |
| 工作单位及  职务 |  | | | | | |
| 个人简历  及特长 |  | | | | | |
| 申请人诚信  承诺 | 本人郑重承诺：1.所填报的内容以及提交的资料属实，自愿承担因提供虚假信息或材料引发的一切后果。2.接受医疗保障行政部门的指导，自愿义务按照《湖南省医疗保障基金监管社会监督员制度》开展医疗保障基金社会监督工作。      本人签字：  年 月 日 | | | | | |

注：“工作单位”栏填《统一社会信用代码证》上的单位全称。退休人员填原工作单位。