附件1：

2020年度杭州市区企业退休人员健康体检手续办理流程

一、企业单位申报分两种形式。一是现场申报。企业单位向市退管中心一科提出书面申请报告，随带U盘拷贝《2020年杭州市企业退休人员健康体检人员名册表》，将参加体检人员信息输入名册表后进行申报。二是网上申报。企业单位通过杭州市人力资源和社会保障网（<http://www.zjhz.lss.gov.cn/>）下载《2020年杭州市企业退休人员健康体检申请报告》和《2020年杭州市企业退休人员健康体检人员名册表》，输入相关信息后，通过邮箱stgzxyk@163.com发至市退管中心一科进行申报。

二、市退管中心一科接到申报后，在5个工作日内通知企业单位前来办理退休人员健康体检参检手续。企业单位前往办理时，应随带盖有单位公章的健康体检书面报告及体检名册表。

三、中心一科审核后打印体检审核单。

四、企业单位凭体检审核单及名册表到具备健康体检执业资格的各社区卫生服务中心（名单详见杭州市人力资源和社会保障网）进行预约登记，并安排好退休人员体检。异地企业退休人员经联系确实无法回杭参加体检的，可就近在常住地所在医院体检。

五、在规定时间内，企业单位凭体检审核单、原始发票复印件、《企业退休人员健康体检报销清单》（通过杭州市企业退休人员管理服务网下载）及收款收据一次性到市退管中心财务科统一结算。

**2020年杭州市区企业退休人员健康体检申请报告**

杭州市企业退休人员管理服务中心：

我单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（系统编号： 单位编号： ）现有参加杭州市区城镇职工基本医疗保险、但未纳入社区管理的企业退休人员 名，根据市企业退休人员管理服务中心《关于开展2020企业单位退休人员健康体检工作的通知》（杭企退管〔2020〕6号）文件精神，申请参加2020年杭州市企业退休人员健康体检，体检名册表附后，请予审核。

单位（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| **2020年杭州市区企业退休人员健康体检人员名册表** |
| 单位名称（盖章）： 单位编号： |
|  |  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓 名 | 社会保障号 | 性 别 | 家庭地址 | 联系电话 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 注：此表一式两份，市退管中心、填报企业各一份 |
|  |  |  |  |  |  |
| 单位联系人： 联系电话： 总人数：  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **2020年杭州市区企业退休人员健康体检报销清单** |
| 单位名称（盖章）： 单位编号： |  |  |
| 序号 | 姓 名 | 报销金额 | 参检医院 |
| 1 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 |
| 合计 | 　 | 　 |
| 备注：此表由报销企业根据实际报销人数、金额填写，参检医院请如实填写。 |
| 收款单位名称： | 单位联系人： |
| 开户银行： | 联系电话： |
| 帐 号： |

 |