附件2

泉州市基本医保参保单位医保专员汇总表

填报单位： 县（市、区）医保分局

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 县（市、区） | 医保专员姓名 | 参保单位 | 职务 | 联系手机 | 邮箱 | 医保经办机构  对接人员 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系手机： 单位负责人：

备注：本县（市、区）共有参保单位 家，其中机关事业单位 家，企业 家。