安康市医疗照顾人员备案表

备案时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 |  | | | 姓名 |  | |
| 党政机关、厅级副厅级 | |  | 在职/退休 |  | 任职时间 |  |
| 享受国务院特殊津贴人员 | |  | 在职/退休 |  | 享受时间 |  |
| 军队安置的副师级以上退休干部 | |  | 在职/退休 |  | 在职时间 |  |
| 单位审核意见 | | 经办人：  年 月 日 | | | | |
| 医保处待遇审核意见 | | 审核人： 复核人： | | | | |

此表为：一式两份