**朝阳区医保中心社会保险个人权益记录查询申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请人基本信息** | □参保人 | □单位 |
| **申请人姓名：**  联系方式：  社会保障号：    **被委托人姓名：**  联系方式：  社会保障号： | **单位名称：**  社保登记证号：  经办人姓名及社会保障号：    单位联系方式：  单位查询职责依据： |
| **查询内容** | □城镇职工基本医疗保险 □城镇居民基本医疗保险  □生育保险 □工伤保险 □离休统筹 （在查询内容里划勾）  申请查询年月： 年 月至 年 月 | |
| **查询**  **用途** | □单位二次报销  □其他（注明原因）： | |
| **被委托人承诺** | 此表所填内容真实有效。本人受申请人委托查询信息，对于获取的医疗保险个人权益记录，按照《社会保险法》和《社会保险个人权益记录管理办法》的相关规定，不用做查询目的之外的其他用途，也不违法向他人泄露。如违反保密义务，承担相关法律后果。  被委托人： 年 月 日 | |
| **单位承诺** | 此表所填内容真实有效。对于获取的医疗保险个人权益记录，按照《社会保险法》和《社会保险个人权益记录管理办法》的相关规定，不用做查询目的之外的其他用途，也不违法向他人泄露。如违反保密义务，承担相关法律后果。  单位经办人： 单位（公章）  年 月 日 | |
| **审核**  **意见** | 医保经办人（签章）： 年 月 日 | |

注1：按照单位代码方式查询个人权益,本单位承诺此次所提交的授权委托书名单包含申

请查询时间段内该代码下所有人员； 是 否

注2：本次个人权益查询委托人员与本年度备案委托名单一致，无变化。 是 否

附件2

**个人权益记录查询知情同意书（单位版）**

我单位所查询员工已全部知晓、同意《个人权益记录查询知情同意书》中内容，了解《社会保险法》和《社会保险个人权益记录管理办法》的相关规定及要求，知悉本人因个人权益记录查询而应当承担的保密责任和法律义务，并做出以下郑重承诺：

一、认真遵守国家保密法律、法规和各项规章制度，履行保密义务；

二、所提供的个人信息和证明材料真实准确；

三、本人受申请人委托查询医疗保险个人权益记录信息，授权委托真实有效；

四、按要求保管好申请人个人权益记录，不用做查询目的之外的其他用途，也不违法向他人泄露；

五、违反上述承诺，自愿承担相关法律后果。

单位（盖章）：

年 月 日

附件3 委托单位查询使用

**个人权益记录查询委托书**

受单位员工委托，由我单位代为查询员工医疗保险个人权益记录事项，用作\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_用途，单位经办人在办理事项过程中所签署的有关文件及资料，员工均予以认可，并承担相应的法律责任。

单位（盖章）：

年 月 日

附表：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 委托人姓名 | 委托人身份证号 | 联系电话 | 委托人签字 |
| 1 | (电脑录入) | (电脑录入) | (电脑录入) | 手写签名 |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

单位介绍信加盖公章

单位查询：经办人持身份证原件和复印件来现场办理

个人查询：个人持身份证原件和复印件来现场办理

他人代办：打印人的身份证原件和复印件，代办人的身份证原件和复印件，委托书，关系证明来现场办理