**附件2：**

**2019年北京大学女教职工安康互助保险续保登记表**

**单位（公章）： 联系人： 联系电话： 2019年4月**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **保险会员证编号（18位身份证号码）** | **续保2份** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

复核人： 经办人： 合计：

说明：1、女工保险期限为**1**年，**2**份共计**50**元。

2、本表格内容请打印一式两份，一份报校工会，一份本单位存档。