**附件：**

**江西省高层次人才医疗保健待遇资格确认表**

**工作单位： 单位户号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** | |  | **出生年月** |  | | **籍贯** |  |
| **身份证号** |  | | | | | | | | |
| **高层次人才医疗保健条件（四选一）** | | | | | | | | | |
| **人员类别** | **高层次人才荣誉称号** | | | | | | | | |
| **国家级人才** |  | | | | | | | | |
| **省部级人才** |  | | | | | | | | |
| **博士生导师** |  | | | | | | | | |
| **年满50周岁（含50周岁）、具备正高级专业技术资格且受聘正高专业技术岗位的人员** | **聘任正高级专业技术职务名称** | |  | | | | | | |
| **受聘专业技术岗位等级** | |  | | | | | | |
| **聘任时间** | | **年 月** | | | | | | |
| **单位性质** |  | | | | **在职或退休** | |  | | |
| **所在单位**  **意见** | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| **主管部门**  **意见** | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| **人社部门**  **确认意见** | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| **医保经办**  **机构意见** | **（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | |

**填表人： 联系电话：**

**填报说明：**

1、单位性质：事业单位和企业。2、资格确认部门：人社部门高层次人才服务职能机构。3、资格确认提交资料：人才荣誉证书、博导聘任文件、正高级职称证书与岗位聘任备案表及身份证等复印件（企业类人才须提供社保缴费证明）。