

缴费通知书

湖南飞英达智能科技有限公司：

贵单位在我公司办理的保全业务中，新增被保险人2人，
共计保险费柒佰贰拾元整（小写720元），请对公转账到我
公司以下账户：

户名：中国人民健康保险股份有限公司湖南分公司

账号：4300 1510 0610 5250 1738

开户行：中国建设银行湘江支行



中国人民健康保险股份有限公司
湖南分公司

2025年01月13日

团体被保险人变更清单（参保团体名称湖南飞英达智能科技有限公司）

变更类型：

■增加被保险人

■减少被保险人

□被保险人资料更正

□无名单保单实名化

□无名单保单实名化删除

序号	在职状态	员工姓名	被保险人姓名	与员工关系	性别	出生日期	证件类型	证件号码	保险计划	职业类别	户名	账号	其它号码	本次变更生效日期
1	新增		焦守学					430181198808101454	B					2025/1/13
2			付松芳					430181198904081473	B					2025/1/13
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
1	减少													
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														

经办人签名：单位盖章：说明：“状态”栏目请填写代码：1（在职）、2（退休）、3（其它）：“与员工关系”下请填写代码：1（本人）、2（配偶）、3（子女）、4（其它）“性别”栏目请填写代码：0（男性）、1（女性）“证件类型”：栏目请填写代码：0（身份证）、1（护照）、2（其它）签署时间