

# 缴费通知书

湖南飞英达智能科技有限公司：

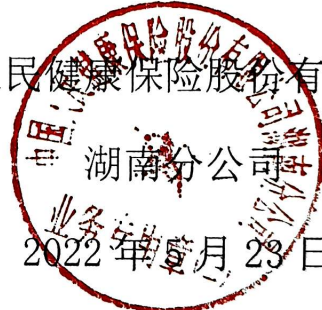
贵单位我公司办理的保全服务中，新增 1 人，保险费贰佰肆拾元整（小写 240 元），生效日期 2022 年 5 月 21 日，请对公转账到我公司以下账户：

户名：中国人民健康保险股份有限公司湖南分公司

账号：43001510061052501738

开户行：中国建设银行股份有限公司长沙湘江支行

中国人民健康保险股份有限公司



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		胡建红					430124196709281879	B					2022-5-21
2														
3														
4														
5														

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

