

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 6 人，保险费共计大写：
玖佰元整（小写 900 元），生效日期 2022 年 8 月 23 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

湖南分公司

2022年8月23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		邓晓飞					43012419870519171X	B					2022-8-23
2			李爱民					430124196910241713	B					2022-8-23
3			陈受军					433026198008171852	B					2022-8-23
4			甘福					43122719940907181X	B					2022-8-23
5			夏洋成					43122719830210021X	B					2022-8-23
6			曾小勇					431227198306010018	B					2022-8-23

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); “职业类别”:

签署时间