

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 7 人，保险费共计大写：
贰仟叁佰壹拾元整（小写 2310 元），生效日期 2023 年 2 月 7 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

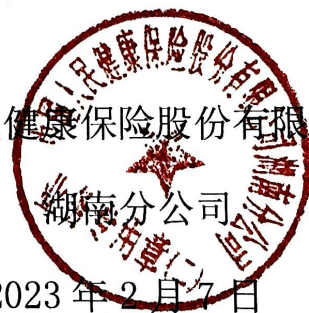
账号：43001510061052501738

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

2023 年 2 月 7 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

无名单保单实名制

无名单保单实名制删除

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		谢春来					430124198201041718	B					2023-2-6
2			陈受军					433026198008171852	B					2023-2-6
3			夏洋成					43120219830210021X	B					2023-2-6
4			甘福					43122719940907181X	B					2023-2-6
5			曾小勇					431221198306010018	B					2023-2-6
6			夏昌海					433001198108132634	B					2023-2-6
7			丁忠华					433001197907042614	B					2023-2-6

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: 0 (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