

缴费通知书

湖南飞英达智能科技有限公司：

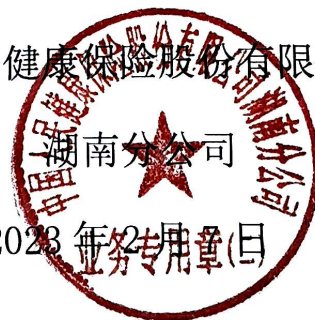
贵单位我公司办理的保全服务中，新增 5 人，保险费共计大写：
壹仟陆佰伍拾元整（小写 1650 元），生效日期 2023 年 2 月 8 日，请
对公转账到我公司以下账户：

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

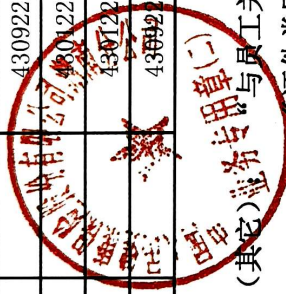
中国人民健康保险股份有限公司



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		龚丰华					430902198808096016	B					2023/2/7
2			汤威					430922199407220530	B					2023/2/7
3			喻孟军					430122198508261616	B					2023/2/7
4			吴江林					430122198706251654	B					2023/2/7
5			陈武扬					430922198505030517	B					2023/2/7

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 _____