

# 缴费通知书

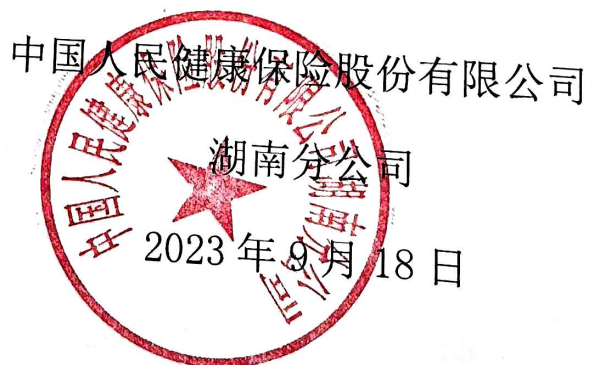
湖南飞英达智能科技有限公司：

贵单位我公司办理的保全服务中，新增 3 人，减少 2 人，净增 1 人，保险费共计大写：壹佰贰拾元整（小写 120 元），生效日期 2023 年 9 月 19 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



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)

■ 增加被保险人

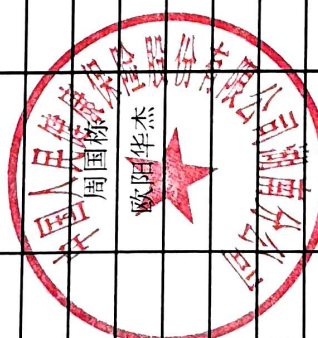
□ 被保险人资料更正

□ 无名保单保单实名化

□ 无名保单保单实名化删除

变更类型:

| 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   |      | 于金广    |       |    |      |      | 430181200212230319 | B    |      |    |    |      | 2023/9/17 |
| 2  |      |      | 秦启平    |       |    |      |      | 430124197007051731 |      |      |    |    |      | 2023/9/17 |
| 3  |      |      | 邓晓飞    |       |    |      |      | 43012419870519171X |      |      |    |    |      | 2023/9/17 |
| 4  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 5  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 6  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 7  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 8  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 9  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 1  | 减少   |      | 周国华杰   |       |    |      |      | 430181199005013033 |      |      |    |    |      | 2023/9/17 |
| 2  |      |      | 欧阳华杰   |       |    |      |      | 430181199509293315 |      |      |    |    |      | 2023/9/17 |
| 3  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 4  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 5  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 6  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 7  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 8  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |
| 9  |      |      |        |       |    |      |      |                    |      |      |    |    |      |           |



单位盖章:

经办人签名:

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