基本医疗保险关系转移接续申请表

编号：(省份)(统筹区)(年份)(第 号)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人员信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | | 年龄 | |  | |
| 身份证件号码 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | 户籍类型 | | □居民 | |
| □农业 □非农业 | |
| □台港澳 □外籍 | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | □职工医保 □城乡居民医保 □其他（请说明） | | | | | | | | | | | |
| **转出地医疗保障经办机构信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | | 联系电话 | |  | | | 行政区划代码 | |  |
| 机构地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| **申请人信息（若参保人办理，则不需填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证件号码 | |  | | 与参保人关系 | |  | | 联系电话 | |  |
| 联系地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |

申请人（签字）： 申请时间： 年 月 日