

表 9：基本医疗保险关系转移接续申请表（参考样表）

编号：（省份）（统筹区）（年份）（第 XXXX 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	<input type="checkbox"/> 居民		
					<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业		
					<input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍		
联系地址			邮政编码				
现参加的基本医疗保险类型	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 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