附件2

基本医疗保险关系转移接续申请表

(此表由申请人或代办人填写)

编号：(省份简称)(统筹区名)(年份)(第XXXXXXX号)

|  |
| --- |
| **参保人员信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 社会保障号 |  | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  | 户籍类型① | □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 □城镇居民医保 □新型农村合作医疗 □城乡居民基本医保 □其他（请说明） |
| **转出地社会保险经办机构信息** |
| 机构名称 |  | 联系电话 |  | 行政区划代码② |  |
| 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 |  | 公民身份号码 |  | 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

注：①已进行户籍改革的地区，选填居民；尚未进行户籍改革的地区，选填农业或非农业。

②根据人力资源社会保障部制定的各地行政区划代码表填写。