附件2

城乡居民基本医疗保险信息变更、

暂停或终止登记表

登记日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 乡镇（街道）村（社区） |  | 联系电话 |  |
| 信息变更 | 变更项目 | | |
| 变更项目 | | |
| 医保关系 暂停 | （ ） 就业 | | |
| （ ） 入伍 | | |
| （ ） 迁徙 | | |
| （ ） 判刑 | | |
| （ ） 其他 | | |
| 医保关系 终止 | （ ） 死亡 | | |
| （ ）移民国（境）外 | | |
| （ ） 其他 | | |
| **以下为代理人填写** | | | |
| 代理人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 与登记人关系 |  | 联系电话 |  |
| 申请人（签字）: | | | |