附件2

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 | □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