|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5  参保人员基本医疗保险信息表 | | | | | | | | | | |
| （此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构） | | | | | | | | | | |
| 参保人员姓名： | |  | 身份证件号码： | |  | | | 性别： |  | |
| 序号 | 时间 自 年 月至 年 月 | | 基本医疗保险类型 | 参保缴费月数  小计 | | 统筹地区经办机构  名称 | 统筹地区经办机构 行政区划代码 | | | 备注 |
| 1 | | 2 | 3 | | 4 | 5 | | | 6 |
| 1 |  | |  |  | |  |  | | |  |
| 2 |  | |  |  | |  |  | | |  |
| 3 |  | |  |  | |  |  | | |  |
| 4 |  | |  |  | |  |  | | |  |
| ... |  | |  |  | |  |  | | |  |
| 基本医疗保险个人账户实际转出资金 | | | | 大写 | |  | 小写 | | | ￥ |
| 经办人（签章）： 联系电话： 医疗保障经办机构（章）： 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |