|  |
| --- |
| 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 |