**基本医疗保险关系转移接续申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号：(省份)(统筹地区)(年份)(第XXXX号) | | | | | | | | | | | | | | |
| **参保人信息** | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | | 年龄 | | |  | | |
| 证件类型及号码 | |  | | | | 联系电话 | | |  | | | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | 户籍类型 | | | □居民 | | |
| □农业 □非农业 | | |
| □港澳台 □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（在转入地线下办理时需填写此栏，申请人只需填写转出地医疗保障经办机构名称）** | | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | 行政区划代码 | |  |
| 机构地址 |  | | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| **转入地医疗保障经办机构信息（在转出地线下办理时需填写此栏，申请人只需填写转入地医疗保障经办机构名称）** | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | 证件类型及 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 | | | | | | | |