

## 表10：基本医疗保障参保凭证

凭证号：            年 第 号

生成日

基本 信 息					
参保人	姓名		身份证号（社会保障号）		医疗保障编号
	户籍所在地				户籍类型
参 保 信 息					
基本医疗保障类型	城镇职工基本医疗保险		转出地		
参保（合）时间	起：    年 月	其中累计实际缴费月数			
	止：    年 月				
个人账户余额	(大写)零元(小写) ¥0.00				
转 出 地 社 会 保 险 经 办 机 构 信 息					
机构名称					
地址					
行政区划代码		邮政编码			
联系人		电话			

填表说明：

①尚未将社会保障号作为职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险参保人员唯一识别码的统筹地区填写医疗保险编号。②此表由参保人员转出地社会保险经办机构提供，仅作医保关系转移使用，个人账户转移金额以实际转移时金额为准。

### 注 意 事 项

- 1、本凭证是根据国家有关规定制发，是参保的权益记录，以及申请办理基本医疗保险关系转移接续手续的重要凭证，请妥善保管。
- 2、跨统筹地区流动就业人员，由单位接收的，将此凭证交由单位按照规定办理参保接续手续。
- 3、其他跨统筹地区流动就业人员，应携带此凭证及有效证件在3个月内到指定办理机构办理相关登记手续。
- 4、本凭证如不慎遗失，请与出具此凭证的机构联系，申请补办。

人力资源和社会保障部监制、国家卫生和计划生育委员会监制