

表11：基本医疗保险关系转移接续申请表

(此表由申请人或代办人填写)

参保人员信息							
姓名		性别		年龄			
社会保障号				联系电话			
户籍地址				户籍类型 ^①	<input type="checkbox"/> 居民		
					<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业		
					<input type="checkbox"/> 港澳台 <input type="checkbox"/> 外籍		
联系地址				邮政编码			
现参加的基本医疗保险类型	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医保 <input type="checkbox"/> 其他（请说明）						
转出地社会保险经办机构信息							
机构名称				联系电话			行政区划代码 ^②
机构地址					邮政编码		
申请人员信息（若参保人办理，则不需填写）							
姓名		公民身份号码		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