

## 表13：参保人员基本医疗保险类型变更信息表

（此表由转出地社会保险经办机构提供给转入地社会保险经办机构）

参保人员姓名：                      社会保障号（公民身份号码）：                      性别：

序号	时间	基本医疗保险类型	参保缴费月数	统筹地区经办机构	统筹地区经办机构	备注
	自 年 月至 年 月		小计	名称	行政区划代码	
	1	2	3	4	5	
1		城镇职工基本医疗保				
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：                      社会保险经办机构（章）：                      日期：    年    月    日

- 注：1. 时间：按发生变更的时间段先后顺序依次排列，如实填写，如有中断，要分开记录；确保参保人员参保记录的完整和连续。  
 2. 医疗保障类型：从以下五项中选择填写一项①职工医保；②城镇居民医保；③新农合；④城乡居民基本医保；⑤其他。若填写  
 3. 此表一式两联。转入地、转出地社会保险经办机构分别留存。