附件2

代办医保相关业务委托书模板

泉州市医疗保障基金中心 分中心：

现有下列学生就读于我校，拟参加泉州市城乡居民基本医保，根据有关政策，需暂停原参保地城乡居民基本医保。特委托贵单位代为办理相关业务。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 原参保地（\*\*市\*\*县） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

委托单位法定代表人或负责人签字： （单位公章）

年 月 日