表2

城乡居民基本医疗保险参保登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证件类型 |  |
| 身份证件号码 |  |
| 性别 | □男□女 | 出生日期 | 年月 | 联系电话 |  |
| 户籍所在地（居住证登记地） | 省 市区县（市）街道（乡镇） | 村（社区） |  |
| 通讯地址 |  |
| 申请人身份 | （建议列选择项打勾，如□中小学儿童□大学生□无业成年人等） |
| 财政补助对象 | （建议列选择项打勾，如□低保□重残□低收入等） |
| 申请人或监护人 | 以上信息填报真实，现申请参加城乡居民医保，并已了解城乡居民基本医疗保险费征收部门和缴费方式，以及每年规定的缴费时间。 |
| （签字） | 年月日 |
| 收件审核 | □经审核，符合城乡居民医保参保规定。□经审核，不符合城乡居民医保参保规定。

|  |  |
| --- | --- |
| 经办人: | （受理单位盖章）年月日 |

 |