表6：基本医疗保险关系转移接续申请表（参考样表）

编号：**(省份)(统筹区)(年份)(第XXXX号)**

|  |
| --- |
| 参保人员信息 |
| 姓名 | **张三** | 性别 | **男/女** | 年龄 | **XX** |
| 身份证件号码 | **420300XXXXXXXXXXXX** | 联系电话 | **136XXXXXXXX** |
| 户籍地址 | **湖北省十堰市XXX区/XXX镇/XXXX村** | 户籍类型 | □居民 |
| □农业 **☑**非农业 |
| □台港澳 □外籍 |
| 联系地址 | **湖北省十堰市XXX区/XXX镇/XXXX村** | 邮政编码 |  |
| 现参加的基本医疗保险类型 | **☑**职工医保 □城乡居民医保 □其他（请说明） |
| 转出地医疗保障经办机构信息 |
| 机构名称 |  | 联系电话 |  | 行政区划代码 |  |
| 机构地址 |  | 邮政编码 |  |
| 申请人信息（若参保人办理，则不需填写） |
| 姓名 | **李四** | 身份证件号码 | **420300XXXXXXXXXXXX** | 与参保人关系 | **家属/亲友** | 联系电话 | **135XXXXXXXX** |
| 联系地址 | **湖北省十堰市XXX区/XXX镇/XXXX村** | 邮政编码 | **XXXXXX** |

申请人（签字）：**张三**  申请时间：**XXXX** 年 **X X** 月 **X X** 日