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