

表 3

## 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                | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                 | 出生<br>日期 | 年 月             | 联系电话  |  |
| 户籍所在地<br>(居住证登记地) | 省                                                                                                                     | 市        | 区县(市)<br>乡镇(街道) | 村(社区) |  |
| 通讯地址              |                                                                                                                       |          |                 |       |  |
| 申请人身份             | (建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 中小儿童 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 无业成年人等)              |          |                 |       |  |
| 财政补助对象            | (建议列选择项打勾, 如 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困等)                                                |          |                 |       |  |
| 业务类型              | <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 终止 <input type="checkbox"/> 恢复       |          |                 |       |  |
| 申请人或<br>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。<br>(签字) 年 月 日                                           |          |                 |       |  |
| 收件审核              | <input type="checkbox"/> 经审核, 符合城乡居民医保参保规定。<br><input type="checkbox"/> 经审核, 不符合城乡居民医保参保规定。<br>经办人: (受理单位盖章)<br>年 月 日 |          |                 |       |  |