

参保人员基本医疗保险信息表

(此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构)

参保人员姓名：

身份证件号码：

性别：

序号	自 年 月 至 年 月	时间	基本医疗 保险类型	参保缴费 月数小计	统筹地区 经办机构名称	统筹地区经办机构 行政区划代码	备注
	1		2	3	4	5	6
1							
2							
3							
4							
...							
基本医疗保险个人账户实际转出资金				大写		小写	¥

经办人（签章）：联系电话：

医疗保障经办机构（章）：日期：年 月 日