基本医疗保险关系转移接续申请表

(此表由申请人或代办人填写)

编号：福建省厦门市 (第XXXXXXX号)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人员信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 张三 | | 性别 | | | 男 | | | 年龄 | | X | |
| 社会保障号 | | XX | | | | | 联系电话 | | | XX | | | |
| 户籍地址 | | XX | | | | | | | | 户籍类型① | | □居民 | |
| ■农业 □非农业 | |
| □台港澳 ■外籍 | |
| 联系地址 | | XX | | | | | | | | 邮政编码 | | XX | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | ■职工医保 □城镇居民医保 □新型农村合作医疗 □城乡居民基本医保 □其他（请说明） | | | | | | | | | | | |
| **转出地社会保险经办机构信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | XX | | | | | 联系电话 | | XX | | | 行政区划代码② | | XX |
| 机构地址 | XX | | | | | | | | | | 邮政编码 | | XX |
| **申请人信息（若参保人办理，则不需填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | XX | | 公民身份号码 | | XX | | 与参保人关系 | | XX | | 联系电话 | | XX |
| 联系地址 | XX | | | | | | | | | | 邮政编码 | | XX |

申请人（签字）： 申请时间： X 年X 月X 日

注：注：1、户籍类型填写：已进行户籍改革的地区，选填居民；尚未进行户籍改革的地区，选填农业或非农业。

2、行政区域代码填写：根据人力资源社会保障部制定的各地行政区划代码表填写。

3、职工享受本市退休人员医保待遇须同时满足以下条件：

①职工基本医保累计缴费年限（含实际缴费年限及视同缴费年限）男满25年、女满20年；

②在本市参加职工基本医保实际缴费年限满10年；

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保障参保（合）凭证 | | | | | | | | | | | | |
| 凭证号：（省简称）（统筹区名）年份（第\*\*\*\*\*\*\*号） | | | | | | |  | | | | | 生成日期：年 月 日 |
| **基 本 信 息** | | | | | | | | | | | | |
| 参保人 | 姓名 | | | X | 身份证号(社会保障号） | | | | X | 医疗保障编号 | X | |
| 户籍所在地 | | | XX | | | | | | 户籍类型 | XX | |
| **参 保 信 息** | | | | | | | | | | | | |
| 基本医疗保险类型 | | X | | | 转出地 | | | X | | | | |
| 参保（合）时间 | | 起： X 年X 月 | | | 其中累计实际缴费月数 | | | X月 | | | | |
| 止： X 年 X 月 | | |
| 个人账户余额 | | （大写） X （小写）￥X | | | | | | | | | | |
| **转 出 地 社 会 保 险 经 办 机 构 信 息** | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | XX （盖章） | | | | | | | | | | | |
| 地址 | XX | | | | | | | | | | | |
| 行政区划代码 | XX | | 邮政编码 | | | XX | | | | | | |
| 联系人 | XX | | 联系电话 | | | XX | | | | | | |
| 填表说明： | | | | | | | | | | | | | |
| ①尚未将社会保障号作为职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险参保人唯一识别码的统筹地区填写医疗保险编号。 ②此表由参保人转出地社会保险经办机构提供。 | | | | | | | | | | | | |
|
| **注 意 事 项：** | | | | | | | | | | | | |
| 1．本凭证是根据国家有关规定制发，是参保的权益记录以及申请办理基本医疗保险关系转移接续的重要凭证，请妥善保存。 | | | | | | | | | | | | |
| 2．跨统筹地区流动就业人员，有接收单位的，将此凭证交由单位按照规定办理参保手续。 | | | | | | | | | | | | |
| 3．其他跨统筹地区流动就业人员，应携带此凭证及有效证件在3个月内到指定办理机构办理相关登记手续。 | | | | | | | | | | | | |
| 4．本凭证如不慎遗失，请与出具此凭证的社会保险经办机构联系，申请补办。 | | | | | | | | | | | | |
| **人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会监制** | | | | | | | | | | | | |