## 基本医疗保险参保人员登记表

顺序号：

用人单位全称： 档案号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 |  | 户 口 性 质 | □城镇 □农村 | 彩色照片（一寸） |
| 姓名（拼音） |  | 参加工作时间 |  年 月 日 |
| 民族 |  | 批准退休时间 |  年 月 日 |
| 性别 | □男 □女 | 连续工龄 |  年零 个月 |
| 出生日期 |  年 月 日 | 参保时间 |  年 月 日 |
| 人员分类 | □在职人员 □退休人员 □下岗职工 □其他 |
|  □外来工、农民工 | □医疗保健人员 □非保健人员 |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 异地工作 | □省内□省外 | 工作地点： 省 市（地） 县通讯地址： 邮编： 联系电话： |
| 退休异地安置 | □省内安置□省外安置 | 安置地点： 省 市（地） 县 乡通讯地址： 邮编： 联系电话： |
| 个人月工资、养老金（退休金）金额（元） |  | 女 职 工婚育情况 |  □已婚 □未婚 □已生育 □未生育 |
| 参保前医疗保障类型 | □公费医疗 □劳保医疗□自 费 □其 他 |
| 已参加饿社会保险项目 | □养老保险 □失业保险□工伤保险 □生育保险 |
| 参保人签字（盖章）年 月 日 | 用人单位签字（盖章）年 月 日 | 医疗保险经办机构签字（盖章）年 月 日 |