## 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 | | | | | | | | | |