

基本医疗保险关系转移接续（转入）申请表

参保人员信息					
姓名		性别		年龄	
身份证号码					
联系电话					
原参保地 医疗 保险 经办 机构	名称				
	地址				
	行政区划 代码				
	邮编				

代办人员信息（若本人办理，则不需填写）			
姓名		与参保人关系	
联系电话			

申请人（代办人）签字：

参保单位（章）：

申请时间： 年 月 日