附表 10

基本医疗保险关系转移接续申请表

编号:（省份）（统筹区）（年份）（第 XXXXX 号）

<table>
<tr><td colspan="8">参保人员信息</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td colspan="2">张三</td><td>性别</td><td>男</td><td>年龄</td><td colspan="2">20</td></tr>
<tr><td>身份证件号码</td><td colspan="3">510000000000000000</td><td>联系电话</td><td colspan="2">XXXXXXXXXX</td></tr>
<tr><td rowspan="3">户籍地址</td><td colspan="4" rowspan="3">xx 市 x x 区 x x 街道</td><td rowspan="3">户籍类型</td><td colspan="2">☑居民</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐农业 ☐非农业</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐台港澳 ☐外籍</td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="4">xx 市 x x 区 x x 街道</td><td>邮政编码</td><td colspan="2">600000</td></tr>
<tr><td>现参加的基本医疗保险类型</td><td colspan="6">☐职工医保 ☐城乡居民医保 ☐其他（请说明）</td></tr>
<tr><td colspan="8">转出地医疗保障经办机构信息</td></tr>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="3">x x 有限公司</td><td>联系电话</td><td>13988888888</td><td>行政区划代码</td><td>0000</td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="5">xx 市 x x 区 x x 街</td><td>邮政编码</td><td>600000</td></tr>
<tr><td colspan="8">申请人信息（若参保人办理，则不需填写）</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>身份证件号码</td><td></td><td>参保人关系</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="5"></td><td>邮政编码</td><td></td></tr>
</table>

申请人(签字):　　申请时间:　　年　　月　　日