楚雄州城乡居民医疗保险参保登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 民族 |  | 联系电话 |  |
| 特殊参保人员类别（本市户籍人员填写，只可选择一项，不可多选） |
| 户籍所在地（居住证登记地） |  省 市 区县（市） 街道（乡镇） | 户号（本市） |  |
| 居住证号（非本市） |  |
| 现居住地详细地址 |  |
| 申请人身份 | □中小学生 □大学生 □无业成年人等 |
| 财政补助对象 | □重残 □低保 □低收入 □卫健委照顾对象 □建档立卡人 |
| 普通门诊选择定点医疗机构名称 |  |
| 申请人或监护人 | 以上信息填报真实，现申请参加城乡居民医保，并已了解城乡居民基本医疗保险费征收部门和缴费方式，以及每年规定的缴费时间。（签字） 年 月 日 |
| 收件审核 | □经审核，符合城乡居民医保参保规定。 □经审核，不符合城乡居民医保参保规定。 经办人： （受理单位盖章） 年 月 日  |
| 备注 | 经办人机构收取参保人的身份证或身份证明材料复印件；特殊参保人员还需提供相应的证明资料复印件留存。 |