附件

城乡居民基本医疗保险参保登记表

组织填报单位、机构：（公章）       日期：   年   月   日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **组织填报单位****（机构）** | **编  码** |  | **单位（机构）****类别** |  |
| **名  称** |  |
| **姓 名** | **性别** | **二代身份证号** | **一般人员类别** | **特殊困难人员类别** | **是否外地缴纳医保** | **应缴费金额** | **实缴费金额** | **联系电话** | **与户主关系** | **参保人****签字** |
| **（填写对应数字）** | **（填写对应数字）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：            联系电话：          复核人（章）：

填表说明：

**单位类别：**村（社区）/镇（场）/民政/卫健/残联/乡村振兴/高等学校/中小学校/幼儿园

**一般人员类别：**1、普通成年居民；2、农民工；3、灵活就业人员；4、中小学生儿童；5、大学生；6、新生儿；7、刑满释放人员；8、现役退役军人

**特殊困难人员类别：**1、特困供养人员；2、孤儿；3、丧失劳动能力的残疾人；4、最低生活保障家庭成员；5、特困优抚对象；6、严重精神障碍患者；7、纳入动态监测的低收入人群；8、计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭成员；9、低收入家庭中60周岁以上的老年人和未成年人；10、政策规定的其他群体（可多选）

**与户主关系（在校学生、在园幼儿不填写）**：1、户主（可设定家庭中任一居民医保参保人员为户主） 2、夫 3、妻 4、子女 5、孙（外孙）子女 6、父母 7、祖父母 8、曾祖父母 9、兄弟姐妹 10、嫂媳 11、其他

本表一式两份，一份填报单位留存，一份登记管理部门留存。需要在参保登记时，填报特殊困难人员身份起止时限以及首诊医疗机构的统筹地区，经办机构可增加相应栏目。