## 附件4

填写一张表单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息系 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  |  |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 个人账户家庭共济关系 | 使用人编号 |  | 使用人参保关系ID |  |
| 使用人证件类型 |  | 使用人证件号码 |  |
| 使用人姓名 |  | 使用人参保所属医保区划 |  |
| 申请原因 |  | | |
| 开始日期 |  | 结束日期 |  |
| 共济额度 |  | 共济下账顺序 |  |
| 共济解绑类型 |  | 家庭关系 |  |
| 基本医疗保险参保人员异地就医备案 | 就医地医保区划 |  | 备案申请流水号 |  |
| 异地备案类型 |  | 备案开始日期 |  |
| 备案结束日期 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  | 地址 |  |
| 申请时间 |  | 险种类型 |  |
| 参保人声明：  以上填写内容正确无误。  参保人： 年 月 日 | | | | |