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 | 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/扶贫办/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

**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、精准扶贫建档立卡贫困人员 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。