参保人员基本医疗保险信息表

（此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构）

参保人员姓名： 身份证件号码： 性别：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 时 间  自 年 月至 年 月 | 基本医疗保险类型 | 参保缴费月数  小计 | 统筹地区经办机构  名称 | 统筹地区经办机构  行政区划代码 | 备注 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |
| 基本医疗保险个人账户实际转出资金 | | | 大写 |  | 小写 | ￥ |

经办人（签章）： 联系电话： 医疗保障经办机构（章）： 日期： 年 月 日