湖南省基本医疗保险参保凭证（参考样表8）

凭证号：湖南省(统筹区)(年份)(第XXXX号) 生成日期：年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基 本 信 息** | | | | | | | | | |
| 参保人 | 姓名 | |  | | 身份证件号码 | |  | | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | 户籍类型 |  |
| **参 保 信 息** | | | | | | | | | |
| 基本医疗保险类型 | |  | | | 转出地 | |  | | |
| 参保时间 | | 起： 年 月 | | | 其中累计实际缴费月数 | | 月 | | |
| 止： 年 月 | | |
| 个人账户余额 | | （大写） （小写）￥ | | | | | | | |
| **转 出 地 医 疗 保 险 经 办 机 构 信 息** | | | | | | | | | |
| 机构名称 | （盖章） | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | | | |
| 行政区划代码 |  | | | 邮政编码 | |  | | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 | |  | | | |
| **注 意 事 项：**  1．本凭证是根据国家有关规定制发，是参保的权益记录以及申请办理基本医疗保险关系转移接续的重要凭证，请妥善保存。  2．跨统筹地区流动就业人员，有接收单位的，将此凭证交由单位按照规定办理参保手续。  3．其他跨统筹地区流动就业人员，应携带此凭证及有效证件在3个月内到指定办理机构办理相关登记手续。  4．本凭证如不慎遗失，请与出具此凭证的医疗保障经办机构联系，申请补办。 | | | | | | | | | |

湖南省基本医疗保险关系转移接续申请表（参考样表9）

编号：湖南省(统筹区)(年份)(第XXXX号)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人员信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 | | |  | | | 年龄 | |  | |
| 身份证件号码 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | 户籍类型 | | □居民 | |
| □农业 □非农业 | |
| □台港澳 □外籍 | |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | □职工医保□城乡居民医保□其他（请说明） | | | | | | | | | | | |
| **转出地医疗保障经办机构信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | | 联系电话 | |  | | | 行政区划代码 | |  |
| 机构地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| **申请人信息（若参保人办理，则不需填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证件号码 | |  | | 与参保人关系 | |  | | 联系电话 | |  |
| 联系地址 |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | |  |

申请人（签字）： 申请时间： 年 月 日

基本医疗保险关系转移接续联系函（参考样表10）

（此表由转入地医疗保障经办机构填写并提供给转出地医疗保障经办机构）

编号：湖南省(统筹区)(年份)(第XXXXXXX号)

转出地医疗保障经办机构名称：

原在你处的参保人员，因流动就业等原因，现申请将其基本医疗保险关系转移至我处。若无不妥，请按相关规定办理转移手续。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人员信息** | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证件号码 |  | | | 户籍类型 | | | □居民 | | | | | |
| □农业 □非农业 | | | | | |
| □台港澳 □外籍 | | | | | |
| 是否需要转移个人账户 | | □是 □否 | | | | | | | | | | |
| 现参加的基本医疗保险类型 | | □职工医保□城乡居民医保□其他（请说明） | | | | | | | | | | |
| **转入地医疗保障经办机构信息** | | | | | | | | | | | | |
| 开户全称 |  | | | | 开户银行行号 | | |  | | | | |
| 开户银行 |  | | | | 银行账号 | | |  | | | | |
| 机构地址 |  | | | | 邮政编码 | | |  | | 行政区划代码 | |  |

经办人（签章）： 转入地医疗保障经办机构名称（章）：

联系电话： 日期： 年 月 日

参保人员基本医疗保险信息表（参考样表11）

（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 | | | | | | | | | | |