

基本医疗保障参保（合）凭证

凭证号：（浙）（ ） 年份（第 号） 生成日期：

基 本 信 息					
参保人	姓名		身份证		医疗保障编号
	户籍所在地				户籍类型
参 保（合）信 息					
医疗保障类型				转出地	
参保（合）时间	起：	年	月	其中累计实际缴费月数	
	止：	年	月		
个人帐户余额					
转出地社会保险经办机构信息					
机构名称					
地址					
行政区划代码				邮政编码	
联系人				联系电话	

填报说明：

1、尚未将身份证号码作为城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险参保人员唯一身份识别码的统筹地区填写医疗保险编码；2、此表由参保人转出地社会保险经办机构提供

注 意 事 项	
1. 本凭证是根据国家有关制发，是参保（合）的权益记录，以及申请办理医疗保障关系转移接续手续的重要凭证，请妥善保管	
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接续手续。	
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，请与出具此凭证的机构联系，申请补办。	

人力资源和社会保障部、国家卫生和计划生育委员会监制