金寨县基本医疗保险异地外驻参保人员审查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | 年龄 | |  | 贴照片 |
| 社 保  卡 号 |  | | | 联系  电话 | |  | 医保类别 | |  |
| 原单位  （居委会）名称 |  | | | | | | | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | | |
| 申请异地公立定点医疗机构（3家） | | |  | | | | | | | |
| 申请理由 | | 退休异地安置□ 异地工作□ 随子女生活□ | | | | | | | | |
| 审批意见：  所在单位或原住地居委  （签章）  年 月 日 | | | | | 审查意见：  现驻地居委（签章）    年 月 日 | | | 审批意见：  金寨县医保中心  年 月 日 | | |

注：此表一式二份，参保人员、参保地医保经办机构各执一份。