

# 泰州市基本医疗保险参保登记变更申请表

|            |                                                                          |    |  |      |      |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|----|--|------|------|
| 姓名         |                                                                          | 性别 |  | 民族   |      |
| 身份证号码      |                                                                          |    |  | 出生日期 |      |
| 户口所在地      |                                                                          |    |  | 户口性质 |      |
| 家庭常住地址     |                                                                          |    |  | 联系电话 |      |
| 变更险种       | 变更原因                                                                     |    |  | 变更原因 | 变更时间 |
| 灵活就业职工医保   | 暂停参保 <input type="checkbox"/> （勾选）<br>终止参保 <input type="checkbox"/> （勾选） |    |  |      |      |
| 城乡居民医保     | 暂停参保 <input type="checkbox"/> （勾选）<br>终止参保 <input type="checkbox"/> （勾选） |    |  |      |      |
| 申请人（代办人）签字 | 年 月 日                                                                    |    |  |      |      |
| 经办机构意见     | 初审人：_____ 复核人：_____<br>年 月 日 年 月 日<br>经办机构盖章：                            |    |  |      |      |

注： 1、本表一式二份，参保者、医疗保险经办机构各一份；  
2、以上内容请如实填写，若填写内容与实际内容不符，责任自负。