

# 济南市居民基本医疗保险参保登记表

(2020年度学校托幼机构用表)

填表时间：      年      月      日

基本信息	姓 名 (*)	性 别 (*)			出 生 日 期 (*)												
		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>			年    月    日												
身份证号码 (18 位) (*)																	
户籍地址 (*)	省                    市                    区 (县)										联系 电 话 (*)						
	详细地址:																
家庭住址 (居住证地址)																	
学籍信息 (*)	所在级部				所在年级				所在班								
缴费类别 (*)	普通学生 <input type="checkbox"/> (缴纳 200元)    低保学生 <input type="checkbox"/> (免费)    重度残疾学生 <input type="checkbox"/> (免费) 五保学生 <input type="checkbox"/> (免费)    优抚学生 <input type="checkbox"/> (免费)    其他免费学生 <input type="checkbox"/> 普通儿童 <input type="checkbox"/> (缴纳 200元)    低保儿童 <input type="checkbox"/> (免费)    重度残疾儿童 <input type="checkbox"/> (免费) 五保儿童 <input type="checkbox"/> (免费)    优抚儿童 <input type="checkbox"/> (免费)    其他免费儿童 <input type="checkbox"/>																
免缴费证件名称											免缴费证件号码						
其他免缴费情况 证明																	
供养人或监护人 (*)	姓 名	与参保 人关系		联系电话			身份证号码 (18 位)										
参保人(签字):								供养人或监护人(签字):									
年    月    日																	
备注: 1. 本表 (*) 标示项为参保人必填项; 2. “供养人或监护人”至少要完整填写一人; 3. 区县医疗保险经办机构留存此表。																	