|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4  参保人员基本医疗保险类型变更信息表 | | | | | | | | |  | |
| （此表由转出地社会保险经办机构提供给转入地社会保险经办机构） | | | | | | | | |  | |
| 参保人员姓名： 社会保障号（公民身份号码）： | | |  | |  | 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： 社会保险经办机构（章）： 日期： 年 月 日  注: 1.时间：按发生变更的时间段先后顺序依次排列，如实填写，如有中断，要分开记录；确保参保人员参保记录的完整和连续。  2.医疗保障类型：从以下五项中选择填写一项①职工医保；②城镇居民医保；③新农合；④城乡居民基本医保；⑤其他。若填写其他，需在备注说明。  3.基本医疗保险个人账户实际转出资金是指本次基本医保关系转移时由转出地经办机构划转到转入地经办机构银行账户的参保人员个人账户实际资金。如因转续过程中计息等原因导致个人账户资金与原参保（合）凭证上记录不一致的，以信息表中数据为准。  4.此表一式两联。转入地、转出地社会保险经办机构分别留存。 | | | | | | | | | | |