## 附件4

填写一张表单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 出生日期 |  | 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 户口性质 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地址 |  |
| 户口所在地区划 |  | 居住地医保区划 |  |
| 居住地址 |  |
| 城乡居民医疗参保登记信息 | 人员类别 |  | 参保所属区划 |  |
| 城乡居民养老保险参保信息 | 参保登记时间 |  | 邮编 |  |
| 参保人声明：　以上填写内容正确无误。参保人： 年 月 日 |