## 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 | | | | | | | | |