

表7

参保人员基本医疗保险信息表

（此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构）

参保人员姓名：

证件类型及号码：

性别：

序号	时间	基本医疗保险类型	参保缴费月数	统筹地区经办机构	统筹地区经办机构	备注
	自 年 月至 年 月		小计	名称	行政区划代码	
	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：

转出地医疗保障经办机构（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。

2. 基本医疗保险类型：从以下三项中选择填写一项①职工医保；②城乡居民医保；③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入转入地经办机构银行账户的参保人员个人账户实际资金。