**广州市城乡居民基本医疗保险参保申报表**

**所属区：**

**所属单位社保编号： 所属单位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参 保 人 基 本 信 息 | ﹡姓名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 个人（社保）编号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ﹡证件类型 | | | □身份证 □护照 □港澳台通行证 □其他 (请注明 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﹡证件号码 | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 学籍号  （在校学生必填） | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| ﹡性别 | | | □ 男 □ 女 | | | | | | | | | 民族 | | | | | | |  | | | | | | | | ﹡出生日期 | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 学校隶属关系代码（在校学生必填） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 学校所在地所属区代码  （在校学生必填） | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ﹡户籍所属区代码 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ﹡户口性质 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ﹡户口所在地  (外籍人员只填国籍) | | | （国籍） 省 市 区 街道/镇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﹡居住地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | | | | | | | | | | | ﹡手机号码 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﹡个人身份  (单选，请打√) | | □ 学龄前儿童(未满6周岁本市城镇户籍儿童)  □ 其他未成年人(本市城镇户籍，6周岁至18周岁，本市非在校就读居民)  □ 中小学生(在本市中小学校全日制就读学生)  □ 大中专学生(在本市各类高等院校、中等职业技术学校及技工学校全日制就读学生)  □ 城镇非从业居民 (男满18周岁至60周岁，女满18周岁至55周岁的本市城镇户籍非从业人员)  □ 老年居民 (男年满60周岁以上，女年满55周岁以上的本市城镇户籍居民) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 城居免缴人员  (由民政或残联街道部门工作人员填写  可多选，请打√) | | □ 本市户籍最低生活保障对象 （证件号码 ）  □ 本市户籍重度残疾人员（证件号码 ）  □ 非本市户籍的最低生活保障对象或重度残疾人员  □ 低收入困难家庭成员 （证件号码 ）  □ 社会福利机构的政府供养人员（由民政或残联部门证明）  □ 无劳动能力、无经济收入、无供养人员（由民政或残联部门证明）  □ 7-10级优抚对象 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ﹡参加城镇居民基本医疗保险缴费社保年度  （如2011年度指2011.9- 2012.8；2012年度指2012.9-2013.8） | | | | | | | | | | | | | | | | | 年度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*银行缴费账户信息  （非城居免缴人员、单位代征代缴人员需填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | 户名： ，  开户行： ，  银行帐号： 。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保人（监护人）确认栏目 | | 本人现承诺未领取职工基本养老金（含非本市养老待遇）、用人单位退休费、1-4级工残待遇，未办理养老延缴手续，若以后经查实正在享受以上待遇，本人愿承担相应的法律责任。  参保人（监护人）签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_年\_\_ \_月\_\_日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办机构审核 | | 街道（镇）、学校、民政、残联  经办人签章：  日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | 社保经办机构  经办人签章：  日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：

1、本表填写一式两份，社保经办机构和参保人各一份。打“﹡”项目为必填项。

2、所属区、所属单位编号、所属单位名称由申报学校、街道（镇）或民政、残联部门填写。

3、学校隶属关系代码：1.部属 2.省属 3.市属 4.区属

4、学校所在地所属区代码和户籍所属区代码：000000.非本市440103.荔湾区440104.越秀区440105.海珠区440111.

白云区440112.黄埔区440113.萝岗区440116.天河区440117 南沙区 440181.番禺区 440182.花都区440183.增城市

5、户口性质代码：10.本市城镇 11.本市农村 20.外地城镇 21.外地农村 30.本市农场 31.外地农场 40.蓝印户口50.番禺城镇 51.番禺农村 60.花都城镇 61.花都农村70.增城城镇 71.增城农村 80.从化城镇 81.从化农村。

6、社保机构将通过参保人填报的联系方式告知相关参保信息，请填报人准确填写联系方式。

参保及缴费须知：

1、申请参保人应携带身份证和户口簿的原件和复印件等要求资料，填写完整的《申报表》等相关材料，就相应的参保登记地点办理登记手续。

2、广州市地方税务局委托指定银行代为征收居民医保费，参保人需提供指定银行存折（或医保专用存折、医保卡）原件和复印件、存折（医保卡）户主身份证原件和复印件，按规定格式填写申报表并签名确认，如参保人无其他书面变更，视为授权地税在其参保期间从该银行账户划扣居民医保费。

3、城镇居民医疗保险以当年9月1日至次年8月31日为一个保险年度。保险费按年度缴费标准一次性足额缴纳，一经缴纳，不予退还。

4、首次参保的于办理参保的次月征收，连续参加居民医疗保险人员（需续保认证人员除外）在新年度不需重新办理参保登记手续，其居民医疗保险关系自动延续，并需要在每年8月4日至23日按原办法缴交居民医保费。

5、需要暂停缴纳新年度居民医疗保险费，参保人应在每年7月25日前申报暂停，否则其居民医疗保险关系将在新年度自动延续并征收居民医疗保险费。参保人未在当年7月25日前申报停保的，而新年度又没有缴费的将在新年度结束后自动停保。

6、个人基本信息如发生变化请及时到原参保登记机构办理更改。若个人身份变更，从下一年度按变更后身份标准征收居民医疗保险。

7、如需查询缴费情况，可登录社会保险网站（http://www.gzlss.gov.cn）或拨打热线电话12333。

就医凭证说明：

**医疗保险卡将作为城镇居民基本医疗保险参保人就医享受医保待遇的唯一凭证。**参保人于办理参保登记次月的19日后，凭本人有效身份证件和居民医疗保险费缴费凭证，到参保登记受理部门领取**医疗保险卡**。领卡详细规定可在参保登记网点及广州劳动保障信息网（http://www.gzlss.gov.cn/newhtdocs/）、广州医保网（http://www.gzyb.net/或http://www.gzlabour.gov.cn/）查询。

制表单位：广州市社会保险基金管理中心 版本：2012年第一版 印刷：2012年9月

广州市资助困难人员参加城乡居民基本医疗保险明细表

制表单位（签章）： 办理年月： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 所属区 （县级市） | 户籍所在街道 | 参保 类别 | 免缴标识类别 | 开户 名称 | 银行 账号 | 开户 银行 | 资助 金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

制表人： 复核人： 负责人： 制表日期： 年 月 日

备注：1、个人身份包括未成年人、在校学生、非从业居民、老年居民。2、免缴标识包括低收入困难人员、最低生活保障人员、重度残疾人员和社会福利机构收容的政府供养人员,以及城镇“三无人员”、农村五保供养对象、非本市困难大中专学生、享受抚恤补助的优抚对象、因公牺牲或病故人民警察的遗属。

广州市城乡居民基本医疗保险个人资料变更表

单位名称（公章）： 单位编号：

职工签名： 个人编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 变更项目 | 原内容 | 变更后内容 | 需提供材料 |
| 姓名 |  |  | 相关身份证件（原件及复印件） |
| 证件类型及号码 |  |  | 相关身份证件（原件及复印件） |
| 学籍号 |  |  | 学籍证件（原件及复印件） |
| 出生日期 |  |  | 相关身份证件（原件及复印件） |
| 户口所在地 |  |  | 户口本（原件及复印件一份，需复印户口首页及本人资料页） |
| 户口薄地段号、  户口薄户号 |  |  | 户口本（原件及复印件一份，需复印户口首页及本人资料页） |
| 居住地址 |  |  | —— |
| 邮寄地址及邮编 |  |  | —— |
| 家庭联系人、  联系电话/手机 |  |  | —— |
| 个人身份 |  |  | 相关身份证明，如出生证、身份证、学生证等 |
| 银行账户  基本信息 |  |  | 银行扣款存折/卡  （原件及复印件） |

单位负责人： 申请人：

填表日期： 年 月 日

说明：

1、更改任一项目请携带本人身份证。

2、参加城镇居民基本医疗保险更改基本资料，请填写本表“变更项目”的“原内容”栏和“变更后内容”栏。

3、所有材料的复印件必须统一用A4复印纸。

版本：2008年第一版

广州市城乡居民基本医疗保险减员申报表

填报单位（公章）： 年 月 日 单位社保编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人编号 | 姓名 | 证 件 号 码 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申请停保时间 | | 停保原因代码 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  | 证件种类代码： | | | | | | 地址： | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

申请人： 电话： 单位经办人： 社保中心经办人：

广州市城乡居民社会医疗保险困难人员医疗救助金资助交接汇总表

制表单位：社会保险基金管理中心（盖章） 台帐年月 金额单位：元/人/年

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 所属区 | 合计 | | 未成年人 | | 中小学生 | | 大中专学生 | | 非从业居民 | | 老年居民 | |
| 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | 人次 | 金额 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

制表方信息（市社保中心） 资助方信息（市民政局）

部门负责人： 复核人： 制表人： 部门负责人： 复核人：

联系电话： 联系电话：

（盖章处） （盖章处）

制表时间： 确认时间：

市医保中心 接收人签名： 接收日期：

说明：1、本表统计范围是民政资助个人缴费部分，未成年人、在校学生、非从业居民、老年居民都包括有低收入困难人员、最低生活保障人员、重度残疾人员和社会福利机构收容的政府供养人员,以及城镇“三无人员”、农村五保供养对象、非本市困难大中专学生、享受抚恤补助的优抚对象、因公牺牲或病故人民警察的遗属。

2、按台账年月当月打印。

3、本表一式三份，社保中心一份，医保中心一份，市民政局一份。

广州市城乡居民社会医疗保险困难人员医疗救助金资助请款汇总表

台账年月 金额单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 所属区 | 合计 | | | 未成年人及在校学生 | | | 非从业居民 | | | 老年居民 | | |  |
|  |
| 人数 | 人次 | 金额 | 人数 | 人次 | 金额 | 人数 | 人次 | 金额 | 人数 | 人次 | 金额 |  |
| 1 | 荔湾区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 越秀区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 海珠区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 白云区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 黄埔区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 萝岗区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 天河区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 南沙区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 花都区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 增城市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 番禺区 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 从化市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 非本市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 金额合计(大写): | | | | | | | | | | | | | |  |
| 请款单位（盖章） | | | | | | | 财政局主管处（盖章） | | | | | | |  |
| 经办人： 年 月 日 | | | | | | | 经办人： 年 月 日 | | | | | | |  |
| 复核人： 年 月 日 | | | | | | | 复核人： 年 月 日 | | | | | | |  |
| 负责人： 年 月 日 | | | | | | | 负责人： 年 月 日 | | | | | | |  |

广州市困难人员参加社会医疗保险资助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名 |  | 性别 |  | | | 年龄 | |  | | 家庭电话 | | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | 联系手机 | | |  | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 现居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 如非病人申请，请代理人填写如下部分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代理人姓名： | | | | 身份证号码： | | | | | | | | | | | |
| 代理人与病人关系： | | | | 联系电话： | | | | | | | | | | | |
| 人员  类型 | □最低生活保障对象  □低收入困难家庭人员 □城镇“三无”人员 □农村五保供养对象  □重度残疾人员  □社会福利机构收容的政府供养人员  □非本市困难大中专学生  □享受抚恤补助的优抚对象  □因公牺牲或病故人民警察的遗属 | | | | | | | | 证 明 资 料 | | | □户口簿  □身份证  □最低生活保障证 □五保供养证  □五保供养证  □重度残疾证  □政府供养人员证明  □享受抚恤补助有关证明  □因公牺牲或病故人民警察的遗属证明  □其他 | | | |
| 本年度已参加社会医疗保险情况 | 日期 | 参保类别 | | | | | | | 个人缴纳费用 | | | | | | 资助金额 |
|  |  | | | | | | |  | | | | | |  |
| 帐户信息 | 开户名 |  | | | 开户银行 | | | |  | | 账号 | | |  | |
| 申请  理由 | 申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 街（镇） 民政  部门 意见 | 经办人签名：    年 月 日 | | | | | | 负责人签名：    年 月 日（盖公章） | | | | | | | | |
| 区（县级市）民政局意见 | 经办人签名：    年 月 日 | | | | | | 负责人签名：    年 月 日（盖公章） | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：

1．本表可在各区、县级市民政局、各街道办事处、镇政府、社区居民委员会或村民委员会领取，或上网下载（网址：http//www.gzmz.gov.cn）；

2．申请人需填写本审批表一式二份，经区（县级市）民政局审批同意后，一份交市医疗救助服务中心备份，一份由区（县级市）民政局留存；

3．“□”表示可供选择项，请在您所要选择的项前打“√”。

广州市民政局印制

广州市资助困难人员参加社会医疗保险零星报销明细表

制表单位（签章）： 办理年月 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 所属区 （县级市) | 户籍所在街道 | 参保类别 | 免缴标识 类别 | 开户名称 | 银行账号 | 开户银行 | 资助金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

制表人： 复核人： 负责人： 制表日期： 年 月 日

备注：免缴标识包括低收入困难人员、最低生活保障人员、重度残疾人员和社会福利机构收容的政府供养人员,以及城镇“三无人员”、农村五保供养对象、非本市困难大中专学生、享受抚恤补助的优抚对象、因公牺牲或病故人民警察的遗属。

广州市资助困难人员参加社会医疗保险零星报销汇总表

制表单位（签章）： 办理年月 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 所属区（县级市 | 开户名称 | 银行账号 | 开户银行 | 资助金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

制表人： 业务复核人： 财务复核人： 负责人： 制表日期： 年 月 日