重庆市跨省长期异地就医登记备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 险种 | 1.职工医保2.城乡居民医保 |
| 人员类别 | 1.异地安置退休人员 2.异地长期居住人员3.常驻异地工作人员 | 登记类别 | 1.新增2.变更 |
| 社会保障号码（即身份证号码） | 　 | 社会保障卡卡号 | 　 |
| 参保地 家庭住址 | 　 | 异地联系地址 | 　 |
| 联系电话1 | 　 | 联系电话2 | 　 |
| 转往省（市、区） | 　 | 地区(市、州) | 　 | 县（区） |  | 就医统筹区 | 　 |
| 本人（被委托人）签 名 | 　 | 填表日期 | 　 |
| 经办机构: |  |  |  经办人: | 经办日期: |

备注：1、就医统筹区应填写异地长期居住 （工作）地医疗保险统筹级次对应的地区；

2、参保人备案半年后才能取消或更换备案统筹区；