表 1：城乡居民基本医疗保险参保登记表

缴费所属年度：（　　年）

<table>
<tr><td>姓名</td><td colspan="2"></td><td>身份证件类型</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>身份证件号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>性　　别</td><td>□男　□女</td><td>出生日期</td><td>年　　月</td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>开户银行</td><td></td><td>银行户名</td><td></td><td>银行账号</td><td></td></tr>
<tr><td>户籍所在地（居住证登记地）</td><td colspan="3">省　　市　　区县(市)
街道(乡镇)</td><td>村（社区）</td><td></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申请人身份</td><td colspan="5">（建议列选择项打勾，如□中小学儿童 □大学生 □无业成年人等）</td></tr>
<tr><td>财政补助对象</td><td colspan="5">（建议列选择项打勾，如□低保 □重残 □低收入等）</td></tr>
<tr><td>申请人
或监护人</td><td colspan="5">以上信息填报真实，现申请参加城乡居民医保，并已了解城乡居民基本医疗保险费征收部门和缴费方式，以及每年规定的缴费时间。

（签字）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>收件审核</td><td colspan="5">□ 经审核，符合城乡居民医保参保规定。
□ 经审核，不符合城乡居民医保参保规定。

经办人:　　（受理单位盖章）
年　　月　　日</td></tr>
</table>