附件2

赫山区2021年度城乡居民基本医疗保险参保缴费基本信息登记表

填报单位： 乡（镇、街道） 村（社区） 组 共 页第 页

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 户属性★ | 户籍号 | 户主关系★ | 姓 名★ | 性别★ | 身份证号★ | 联系电话 | 个人交费 ★ | 票据号码 | 参保人签字★ |
| 实交额 | 资助额 | 资助部门 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 本页小计：参加居民医保的户数： 户；参加居民医保人数： 人；其中农村五保户（或城市“三无”人员） 户 人；

## 最低生活保障对象 户 人；建档立卡贫困人口 户 人；社会保障兜底脱贫对象 户 人；实收金额元 。

- 11 -

## 收款填表人（签字）： 缴费操作人（签字）： 卫健工作人员（签字）： 日期： 年 月 日

## 联系电话： 联系电话： 联系电话：

- 12 -

## 填 表 说 明

## 1.标注“★”为必填项目，且确保真实、准确。

## 2.“户属性”分为:①一般居民；②农村五保户（或城市三无人员）；③城乡低保对象；④建档立卡贫困人口；⑤社会保障兜底脱贫对象；⑥其他。

3.户籍号、户主关系、姓名、性别、身份证号以户口簿登记信息为准。

## 4.“个人交费”中的“实交额”是参保居民个人实际交费的数额。“个人交费”中的“资助额”是指应由居民个人交费，依据政策由有关部门来资助代交的数额。

## 5.“资助部门”分为：①乡镇（街道、园区）；②区民政局；③区财政局；④区医保局；⑤其他。