表12：基本医疗保险关系转移接续联系函

（此表由转入地社会保险经办机构填写并提供给转出地社会保险经办机构）

编号：　　第　　号

转出地机构名称：

原在你处的参保人员，因流动就业等原因，现申请将其基本医疗保险关系转移至我处。若无不妥，请按相关规定办理转移手续。

<table>
<tr><td colspan="8">参保人员信息</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">社会保障号
（公民身份证号码）</td><td colspan="2" rowspan="3"></td><td rowspan="3">户籍类型①</td><td colspan="4">☐居民</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐农业　　√非农业</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐台港澳　　☐外籍</td></tr>
<tr><td>现参加的基本医疗保险类型</td><td colspan="7">√职工医保　☐城镇居民医保　☐新型农村合作医疗　☐城乡居民基本医保　☐其他（请说明）</td></tr>
<tr><td>是否需要转移个人账户</td><td colspan="7">√是　　☐否</td></tr>
<tr><td colspan="8">转入地社会保险经办机构信息</td></tr>
<tr><td>开户全称</td><td colspan="2"></td><td>开户银行行号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>开户银行</td><td colspan="2"></td><td>银行账号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>地址</td><td colspan="2"></td><td>邮政编码</td><td></td><td>行政区划代码</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

经办人（签章）：　　转入地社会保险经办机构（章）：

联系电话：　　日期：　　年　月　日

注：①已进行户籍改革的地区，选填居民；尚未进行户籍改革的地区，选填农业或非农业。

②本函一式两联。一联发给转出地经办机构，一联转入地经办机构留存。