灵活就业人员医疗保险申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | 参保地 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| **□ 新（续）参保** | **□ 停（退）保** |
| 参加险种 | □职工基本医保 □大额费用统筹□长期护理保险 | 原因 | □单位参保 □参加居民医保□出国定居 □死亡 □退保 |
| **□变更参保方式** | □ 统筹基金 → 统账结合 □ 住院保险 → 统账结合 |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  | 关系 |  |
| **业务办理须知** |
| 1.灵活就业人员参保后，可通过“广西税务12366”微信公众号或广西税务各网点进行缴费；2.大额医疗费用统筹须每年1月底前缴纳；3.每年基本医疗保险的缴费基数以最新公布的上年度全区城镇单位在岗职工平均工资数据为准；4.灵活就业人员新参保或欠缴3个月以上的需足额缴费后第三个月才能享受医保待遇；5.办理新参保、续保业务的需提供身份证、户口簿原件和复印件，不在户籍地参保的，还需提供居住证。6.参保方式由统筹基金、住院保险变更为统账结合后，均不允许变更为其它参保方式；7.查询个人缴费信息方式：（1）自助一体机查询；（2）关注“广西医保”微信公众号； (3) 注册登录广西医疗保障网上服务大厅（网址：https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）。 |
| **我承诺已认真阅读以上《业务办理须知》，如实填写《灵活就业人员医疗保险申报表》，并依照《业务办理须知》的要求办理医疗保险业务。**签名： 年 月 日 |

灵活就业人员医疗保险申报表（填写示范文本）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张三 | 性别 | 男 | 出生年月 | 1991.2 |
| 身份证号码 | 452XXX12419910212XXXX | 参保地 | 南宁市 |
| 联系地址 | 南宁市青秀区民主路8号 | 联系电话 | 138XXXXXXXX |
| ☑ **新（续）参保** | □ **停（退）保** |
| 参加险种 | ☑职工基本医保 ☑大额费用统筹☑长期护理保险  | 原因 | □单位参保 □参加居民医保□出国定居 □死亡 □其它 |
| **□变更参保方式**  | □ 统筹基金 → 统账结合 □ 住院保险 → 统账结合 |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  | 关系 |  |
| **业务办理须知** |
| 1.灵活就业人员参保后，可通过“广西税务12366”微信公众号或广西税务各网点进行缴费；2.大额医疗费用统筹须每年1月底前缴纳；3.每年基本医疗保险的缴费基数以最新公布的上年度全区城镇单位在岗职工平均工资数据为准；4.灵活就业人员新参保或欠缴3个月以上的需足额缴费后第三个月才能享受医保待遇；5.办理新参保、续保业务的需提供身份证、户口簿原件和复印件，不在户籍地参保的，还需提供居住证。6.参保方式由统筹基金、住院保险变更为统账结合后，均不允许变更为其它参保方式；7.查询个人缴费信息方式：（1）自助一体机查询；（2）关注“广西医保”微信公众号； (3) 注册登录广西医疗保障网上服务大厅（网址：https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/）。 |
| **我承诺已认真阅读以上《业务办理须知》，如实填写《灵活就业人员医疗保险申报表》，并依照《业务办理须知》的要求办理医疗保险业务。** 签名：张三 2023年 8 月 1 日 |

个人承诺书

 （经办机构名称）：

本人 （身份证号 ），与参保人 （身份证号 ）为 关系。因 原因，现无法提供参保人的死亡证明，其已于 年 月 日去世。

本人保证所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

**联系电话：**

**通讯地址：**

承诺人（签名、指印）：

 年 月 日

个人承诺书

（填写示范文本）

 南宁市医保中心 （经办机构名称）：

本人 张小 （身份证号 4501011975XXXXXXXX ），与参保人 张三 （身份证号 4501011940XXXXXXXX ）为 父子 关系。因 死亡医学证明材料遗失 原因，现无法提供参保人的死亡证明，其已于 2016 年 4 月 5 日去世。

本人保证所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

**联系电话：**

**通讯地址：**

承诺人（签名、指印）：

 年 月 日

主动放弃基本医疗保险关系的情况说明

 （经办机构名称）：

本人 （身份证号码： ）。因个人原因申请退保，不再继续缴纳职工基本医疗保险，自愿放弃已缴纳的医疗保险年限。

本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

参保人（签名、指印）：

 年 月 日

主动放弃基本医疗保险关系的情况说明

（填写示范文本）

 XX市医保中心 （经办机构名称）：

本人 李四 （身份证号码： 450103197102XXXX ）。因个人原因申请退保，不再继续缴纳职工基本医疗保险，自愿放弃已缴纳的医疗保险年限。

本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由本人承担。

联系电话：

通讯地址：

 参保人（签名、指印）：李四

 2023年 8月 1 日