附件1

汕尾市在校学生2023年度城乡居民基本医疗保险信息采集模板

填报学校（盖章）： 截止时间： 2022年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学校辖区 | 学生姓名 | 身份证号码 | 户籍地址 | 联系方式 | 是否新生 | 是否信息变更 | 是否成功参保缴费 | 备注（本地/异地参保） |
| **（1）** | **（2）** | **（3）** | **（4）** | **（5）** | **（6）** | **（7）** | **（8）** | **（9）** | **（10）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：本表用于收集学生数据，由学校填报，收集后提供给当地医保经办机构申请参保登记用，相关数据不用于其他任何项目和用途，不对外公布。