

宜昌市离休干部、1-6级伤残军人异地就医登记备案表

姓 名		性 别		险种	1. 离休险种 <input type="checkbox"/> 2. 伤残险种 <input type="checkbox"/>
人员类别	1. 离休干部 <input type="checkbox"/> 2. 1-6级伤残军人 <input type="checkbox"/>	登记类别		1. 新增 <input type="checkbox"/> 2. 变更 <input type="checkbox"/>	
社会保障号码		社会保障卡卡号 (可选)			
参保地 家庭住址		异地居住地址			
联系电话1		联系电话2			
异地安置省 (直辖市、自 治区)		地区 (市、州)		县(区)	
医疗机构	医疗机构名称				医疗机构级别
本人 (被委托人) 签名		填表日期			

经办机构:

经办人:

经办日期: