附录B

“军人退役”套餐服务申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 基础事项 | □退役报到 | | |
| □复转军人恢复户口 | | |
| □居民身份证换领 | | |
| □预备役登记 | | |
| □军地养老保险关系转移接续申请 | | |
| □流动就业人员基本医疗保险关系转入 | | |
| 情形事项 | □灵活就业人员参保登记 | | |
| □城乡居民参保登记 | | |
| □灵活就业人员医疗保险申报 | | |
| □退役军人自主就业一次性经济补助金的给付 | | |
| 申请人（签章）：  日期： | | | |

**社会保险关系转移接续申请表**

申报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 公民身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 代办人 |  | 公民身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 转出社保经办机构信息 | |  | | 转出险种 | 城镇企业职工基本养老保险 □  机关事业单位养老保险 □  城乡居民基本养老保险 □  失业保险 □  职业年金 □  企业年金 □  退役军人 □  未就业随军配偶 □ |
| 转入社保经办机构信息 | |  | | 转入险种 | 城镇企业职工基本养老保险 □  机关事业单位养老保险 □  城乡居民基本养老保险 □  失业保险 □  职业年金 □ |
| 转移地域范围 | | 跨省 □ 省内 □ | | | |

填写提示：

1. 此表仅用于城镇企业职工基本养老保险、机关事业单位养老保险、城乡居民基本养老保险、失业保险、职业年金、企业年金、退役军人养老（年金）、未就业随军配偶养老保险关系转移接续业务申请。

2、转出和转入险种及转移地域范围在“□”内打“√”，转入和转出险种只能选择一种险种，不能多选；如办理两个险种转移时请填写两张申请表。

3、本人申请的，代办人信息不用填写。

4、联系电话必须填写手机号码。

5、如参保人填写转出社保机构信息和转入社保机构信息有误的，需重新填写。

6、申请跨省转移时，转入社保经办机构为非广西行政区域内的，不能填写此表。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 流动就业人员基本医疗保险关系转移接续申请表 | | | | | | | | | |
| 申报时间： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 身份证号码 | |  | | 联系电话 |  | | |
| 转入地 | 省/自治区（省/区本级） 市（市本级） 县/区 | | | | | | | | |
| 转出地 | 省/自治区（省/区本级） 市（市本级） 县/区 | | | | | | | | |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  | | 联系电话 |  | | 关系 |  |
| 备注 |  | | | | | | | | |
| 申请人签字 |  | | | | | | | | |

说明

1.此表仅用于广西壮族自治区内、省外医保经办机构支持线上联办跨省医保关系转移接续的情形；

2.转入地信息务必填写正确，否则需重新提交；

3.由本人申请的，可以不填写代办人信息；

4.联系电话应填写手机号码。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **流动就业人员基本医疗保险批量转移申请表** | | | | | |
| 医保经办机构名称： | | | | | |
| 我单位 等 人需办理医疗保险转移事宜，名单附后： | | | | | |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 身份证号码 | 转入地 （市、县/区） | 转出地 （市、县/区） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 经办人： |  | 联系电话： |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 单位（盖章）： | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 年 月 日 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人员基本医疗保险信息表 | | | | | | | | | |
| （此表由转出地医疗保险经办机构提供给转入地医疗保险经办机构） | | | | | | | | | |
| 参保人员姓名： | | | | 社会保障号： | |  | | 性别： |  |
| 公民身份号码： | |  | |
| 序号 | 时间 | | | 基本医疗保险类型 | 参保缴费月数 | 统筹地经办机构 | 统筹地经办机构 | | 备注 |
| 自 年 月至 年 月 | | | 小计 | 名称 | 行政区划代码 | |
| 1 | | | 2 | 3 | 4 | 5 | | 6 |
| 1 |  | | |  |  |  |  | |  |
| 2 |  | | |  |  |  |  | |  |
| … |  | | |  |  |  |  | |  |
| 基本医疗保险个人账户实际转出资金 | | | | | 大写 |  | 小写 | ￥ | |
| 经办人（签章）： | |  | 联系电话： | | 医疗保险经办机构（章） | | 日期： | 年 月 日 | |
| 转入地经办机构行政区划码： | | |  | | 转入地经办机构名称： | |  | | |
| 注：1.时间：按发生变更的时间段先后顺序依次排列，如有中断，要分开记录；确保参保人员参保记录的完整和连续 | | | | | | | | | |
| 2.医疗保障类型：从以下五项中填写一项①职工医保；②城乡居民基本医保；③其他。若填写其他，需在备注说明。 | | | | | | | | | |
| 3.基本医疗保险个人账户实际转出资金是指本次基本医保关系转移时由转出地经办机构划转到转入地经办机构银行账户的参保人员个人账户实际资金。如因转续过程中计息等原因导致个人账户资金与原参保（合）凭证上记录不一致的，以信息表中数据为准。  4.此表一式两联。转入地、转出地医疗保险经办机构分别留存。 | | | | | | | | | |

申请表

城乡居民基本医疗保险参保登记表

登记日期: 年 月 日

**申请办理 ：□新参保： □续保：**

参保社区（村委）（参保单位变更的请填写变更后的单位）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | |
| 证件类型 |  | 证件号码 | |  | |
| 联系电话 |  | 户籍所在地 | |  | |
| 参保地 |  | 家庭住址 | |  | |
| 人员类别（在相应的选项后面打“√”） | 普通人员 |  | | 低保人员 |  |
| 特困人员 |  | | 孤儿 |  |
| 事实无抚养儿童 |  | | 低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人 |  |
| 低收入家庭18-60周岁成员 |  | | 城镇重度残疾人 |  |
| 农村非重度残疾人 |  | | 农村一二残疾人（重度） |  |
| 返贫致贫人口 |  | | 脱贫不稳定人口 |  |
| 农村落实计划生育政策的独生子女户和双女结扎户的父母及其子女、计生特殊家庭等 |  | 城镇三四级残疾人 | |  |
|  |  | | | | |

申请人签名:

填表说明： 1.此表仅由医保经办机构各留存。

2. 特殊人员类别身份认定以相关部门出具的名单为准。

申请表

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 | □职工医保 □大额统筹 | | | | 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.大额医疗保险缴费应按医保年度一次性缴纳；  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.灵活就业人员首次参保享受基本医疗保险待遇的等待期为180天；停保超过三个月的，从续保当日起计算90天后方可恢复享受基本医疗保险待遇；  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”或“柳州医保”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 | | | | | | | | | |

灵活就业人员养老保险登记表

个人编号： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请办理 | □参保 □停保 | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | | |
| 证件类型 |  | | | | | 电话号码 | |  |
| 证件号码 |  | | | | |
| 地址 |  | | | | | 邮政编码 | |  |
| 以下项目仅办理停保填写 | | | | | | | | |
| 停保原因 |  | | | 停保时间 | | |  | |
| **业务办理须知** | | | | | | | | |
| 1、本表适用于尚未达到法定退休年龄的无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本养老保险的非全日制从业人员及其他灵活就业人员；  2、办理养老保险登记需提供社会保障卡或居民身份证，港澳台居民提供港澳台居民居住证，验原件；停保指停止缴纳社会保险费，参保人死亡的，停保时间为死亡次月。  3、委托办理的，提供上述2点中提到的委托人证件复印件1份，代办人身份证，验原件，委托书，原件1份。  4、请参保人员在申请办理业务上打“√”；  5、查询个人缴费信息，可通过自助机、登录广西数智人社网上服务大厅或关注微信公众号”广西人社服务”查询。 | | | | | | | | |
| **我承诺已认真阅读以上《业务办理须知》、如实填写《灵活就业人员养老保险保险登记表》，并依照《业务办理须知》的要求办理社会保险业务。**  签名： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |