城乡居民基本医疗保险参保登记表

<table>
<tr><td>姓 名</td><td colspan="2"></td><td>身份证件类型</td><td colspan="2">口户口本 口身份证
口出生证明 口其他 _____</td></tr>
<tr><td>身份证件号码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>性 别</td><td>口男 口女</td><td>出生
日期</td><td>年 月 日</td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>户籍所在地</td><td colspan="3">省 市
区县(市) 街道(乡镇)</td><td>居住地
村(社区)</td><td></td></tr>
<tr><td>居住地
详细地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申请人身份</td><td colspan="5">口新生儿 口中小学儿童 口大学生 口无业成年人 口户籍在农村的务工人员

口其他:_____

(同一人符合多种身份的，可多选。)</td></tr>
<tr><td>居民医保
待遇期限</td><td colspan="5">口出生至 90 天的新生儿(口是口否：出生当年免缴) **(缴费后待遇从出生当天生效）**
口 91 天至 1 岁内的新生儿(口是口否：出生当年免缴) **(待遇自缴费之日起生效）**
口武汉市户籍上年度已缴费的参保居民 **（待遇从缴费的次月生效）**
口上年度未缴费及 1 岁及以上首次参保居民 **（待遇从缴费次月起的第 7 个月生效）**
口武汉职保断缴 3 月内转居民医保 **（待遇从缴费的次月生效）**

<table>
<tr><td>剩余
待遇</td><td>1
月</td><td>2
月</td><td>3
月</td><td>4
月</td><td>5
月</td><td>6
月</td><td>7
月</td><td>8
月</td><td>9
月</td><td>10
月</td><td>11
月</td><td>12
月</td></tr>
<tr><td>2025 年</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
默认同意补缴今年剩余医保待遇;不同意补缴今年剩余医保待遇需写承诺并签字
参保人（姓名）自愿放弃 2025 年居民医保待遇，所有后果自行承担。

- - - -