

附件 1

上海市民社区医疗互助帮困计划参加人员申请表

姓名		性别		出生年月	
身份证 号码		人员 属性	☐ 支内 ☐ 支疆 ☐ 异地安置干部 ☐ 文革期间知青 ☐ 文革前知青 ☐ 上述人 员配偶		
户籍 所在地	区（县） 街道（镇/乡）				
联系住址	区（县） 街道（镇/乡）				
联系电话			邮政编码		
原在沪工作单位 （支内人员填写）					
在外省市工作单位					
外省市住院医疗待遇		☐ 有报销 ☐ 无报销			
社区 事务受理中心 审核意见	经办人 年 月 日				
区医 保事务中心 审核意见	经办人 年 月 日				

申请人签章： 申请日期 年 月 日