

表 1：广东省医疗保障个账业务申请表

编号：

一、业务类型													
<input type="checkbox"/> 个人账户申办				<input type="checkbox"/> 个人账户服务银行变更				<input type="checkbox"/> 个人账户资金归集					
二、个人信息													
姓 名		性 别		民 族		国 籍							
证件类型		证件号码											
证件有效期		发证机关											
出生日期		手机号码											
通讯地址													
户籍性质	<input type="checkbox"/> 港澳台人员 <input type="checkbox"/> 外国人 <input type="checkbox"/> 华侨												
户 籍 地	户籍地址												
工作状态	<input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他												
职 业	<input type="checkbox"/> 企业员工 <input type="checkbox"/> 自由职业 <input type="checkbox"/> 其他												
三、账户信息													
<input type="checkbox"/> 工商银行、 <input type="checkbox"/> 农业银行、 <input type="checkbox"/> 中国银行、 <input type="checkbox"/> 建设银行、 <input type="checkbox"/> 邮储银行、 <input type="checkbox"/> 广发银行、 <input type="checkbox"/> 交通银行、 <input type="checkbox"/> 农信社（农商银行）、 <input type="checkbox"/> 其他_____													
银行账户（归集/变更）： _____													
四、代办人信息													
代办人姓名		证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 通行证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 港澳台居民居住证 <input type="checkbox"/> 其他										
联系电话		证件号码											
本人授权申明： 本人保证本表填写内容和所附的全部资料真实、合法、有效，对所填写的信息负责，自愿遵守医保部门和开户银行关于医保个人账户的相关规定。 本人同意为办理医保个人账户业务，自愿提供相关个人信息，并授权医保部门在为本人办理医保个人账户业务过程中，收集、保存、使用本人提供的个人信息。 申请人（代办人）签名： _____ 日期： _____											业务经办人签名： _____		