

天津市基本医疗保险异地居住就医人员登记表

姓名	公民身份号码		
参保类别	职工() 居民()	性别	年龄
参保单位			
异地居住地址	省	市	县 街道
联系电话			
异地安置() 长期异地居住() 单位长期外派() 农民工() 就业创业()			
选择医疗机构			
医院一	医院全称:		
	医院等级:	联系人(非必填):	
	联系电话(非必填):		
医院二	医院全称:		
	医院等级:	联系人(非必填):	
	联系电话(非必填):		
医院三	医院全称:		
	医院等级:	联系人(非必填):	

第一联 参保地