附件1：

大同市在校学生2023年度城乡居民基本医疗保险信息采集模板

填报学校(盖章）： 截止时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **学校辖区** | **学生姓名** | **身份证号码** | **户籍地址** | **联系方式** | **是否新生** | **是否信息变更** | **是否成功参保缴费** | **备注（本地/异地参保）** |
| **（1）** | **（2）** | **（3）** | **（4）** | **（5）** | **（6）** | **（7）** | **（8）** | **（9）** | **（10）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：本表用于收集非本市户籍的学生数据，由学校填报，收集后提供给当地医保经办机构申请参保登记用，相关数据不用于其他任何项目和用途，不对外公布。