附件：参保登记表1、2

参加大学生基本医疗保险登记表（表1）

学院（系）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名（本人签名） | 学籍号 | 身份证号 | 所在院系 | 所在专业 | 所在班级 | 学生类别 | 入学年度 | 大学学制 | 在校生补缴基本医疗保险（40元／年） | 延期生续缴基本医疗保险（60元／年） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、凡不愿参保的同学请本人签名，在保险费用栏填写放弃。

 2、港澳台生请在姓名栏注明性别、出生年月日。

参加大学生补充医疗保险登记表（表2）

学院（系）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名（本人签名） | 学籍号 | 身份证号 | 所在院系 | 所在专业 | 所在班级 | 学生类别 | 入学年度 | 大学学制 | 新生自愿参加补充医疗保险（40元／年） | 延期生自愿续缴补充医疗保险（30元／年） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、凡不愿参保的同学请本人签名，在保险费用栏填写放弃。

 2、港澳台生请在姓名栏注明性别、出生年月日。