**附件一： 城镇职工基本医疗保险住院申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 社会保障号 |  | | 电 话 |  | |
| 工作单位 | 单位盖章 | | | | |
| 就诊医院 |  | | | | |
| 病 名 |  | | | | |
| 因何地原因在何地居住 |  | | | | |

景德镇市社保局

年 月 日