**附件9**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参保人姓名：** | | **身份证号码：** |
| **代办人姓名：** | | **身份证号码：** |
| **原险种：城镇职工 □ 城乡居民 □** | | **现险种： 城镇职工 □ 城乡居民 □** |
| **原参保地：** | | **现参保地：** |
| **变更待遇名称** | **常见慢性病 □ 特殊慢性病 □** | |
| **变更原因** | **险种变更 □ 参保地变更 □** | |
| **原待遇享受时间： 年 月 日** | | **变更时间： 年 月 日** |
| **温馨提示**   1. **参保人变更时需提供原参保地出具的慢性病确认/申请表。** 2. **参保人员同一自然年度内不能同时、重复享受城镇职工和城乡居民医疗待遇。** 3. **市域范围内因参保地变更的，变更前尚未达到年度限额标准的常见慢性病费用变更后可继续使用，变更前需将已发生的医疗费用报销完毕再办理转移。** 4. **市域范围内城乡居民变更为城镇职工医保的，如当年度已经享受过城乡居民医疗待遇的，则同一年度不可享受职工医保待遇，变更前未享受完毕的各项城乡居民医保待遇变更后亦不再继续享受。** 5. **城镇职工、城乡居民缴费时间及待遇享受时间按相关文件执行。**   **本人已认真阅读了该提示，了解了本表一经交到经办机构进入变更程序后，各种待遇的享受情况。**  **参保人/代办人确认签字： 联系方式：** | | |
| **转入经办机构意见：**  **经办人： 复核人：** | | |

**宿州市基本医疗保险慢性病变更申请表**