杭州电子科技大学教职工子女医疗保障登记表

校内保障编号： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子女姓名 | | | |  | | | 出生日期 | 年 月 日 | | 性 别 | |  |
| 住 址 | |  | | | | | | 户口住址 |  | | | |
| 少儿医保号 | | | | |  | | | | 电 话 | |  | |
| 称 谓 | 家长姓名 | | | | | 学院或部门 | | | 工 号 | | 电 话 | |
| 父 |  | | | | |  | | |  | |  | |
| 母 |  | | | | |  | | |  | |  | |
| 医保办意见 | | | 签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 审核  意见 | | | 签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | | | | |