**社会保险个人情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | | | 性别 | | | 男 / 女 | | | | 户口所在地 | | | | | 本市 / 外埠 | | | | |
| 首次参加社会  工作日期 | | 年 月 | | | | | | 民族 | | |  | | | | 户口性质 | | | | | 城镇 / 农村 | | | | |
| 身 份 证 号 码 | |  |  |  |  |  |  | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 联 系 方 式 | | 手机： 住宅电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 机 构 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **社 会 保 险 情 况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否曾在北京建立过社会保险 | | | | | | | | | 是 / 否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **附在京参保记录**，打印教程：北京市人社局官网→个人登录→社会保险权益查询→参保人员缴费信息查询→输入缴费起止年月→查询→下载打印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否曾在京外建立过社会保险 | | | | | | | | | 是 / 否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **附京外参保记录**，致电京外参保地社保服务热线询问流程 或 支付宝→市民中心→选择京外参保省市→按照相应指引查询并打印社保缴费记录 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最近一个原单位社保缴费截止日期 | | | | | | | | | 年 月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **首次在北京参保请提供如下银行账号信息及银行卡复印件** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社保信息银行账号采集（工、农、中、建、交、中信、光大、华夏、民生、广发（本市）、招商、兴业、浦发、北京（本市）、农商（本市）、邮储） | | 开户行名称 | | | | | | 开户行账号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **首次在京参保请提供以下医疗保险定点医疗机构** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定点医疗机构1 | 医院代码： 医院简称： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定点医疗机构2 | 医院代码： 医院简称： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定点医疗机构3 | 医院代码： 医院简称： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定点医疗机构4 | 医院代码： 医院简称： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定点医疗机构最多选四家，最少选两家，所选医疗机构中至少有一家一级医院。（医院等级见医疗机构手册）  您在选定的医院发生的门、急诊和住院费用可按北京市医疗保险相关规定享受报销待遇。  另，北京市以下四类医院不用选定也可以享受报销待遇。  （1）59家A级医院 （2）医保定点中医医院 （3）医保定点专科医院 （4）定点社区卫生服务机构  **请至“北京医保公共服务平台”（https://fw.ybj.beijing.gov.cn/hallEnter/#/Index）选择个人登录自行申请医疗保险定点医疗机构。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人承诺以上所填内容属实，如因个人申报内容错误**  **造成社保办理延误或由此产生的社保待遇损失，本人愿承担相应责任。**    填报人签字： 填表时间： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |