补充医疗保险申请表

|  |
| --- |
| 申请寺院基本信息 |
| 寺院名称 |  |
| 寺院地址 |  |
| 宗教场所登记证编号 |  |
| 申请人数 |  | 联系电话 |  |
| 宗教场所登记证书影印件 |  |
| 寺院意见 | 盖章： |
| 佛教协会意见（如有） | 盖章： |

|  |
| --- |
| 被保险人基本信息 |
| 姓 名 |  | 法名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | 民族 |  |
| 佛教教职人员证编号 |  |  联系电话 |  |
| 身高（KM） |  | 体重（KG） |  |
| 若罹患疾病 （请详细说明） |  |
| 银行卡号（个人） |  |
| 开户行 |  |
| 所属寺院名称 |  |
| 所属寺院地址 |  |
| 身份证正反影印件  |  |
| 佛教教职人员证影印件 |  |
| 寺院意见 |  盖章： |

补充医疗保险僧伽信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 俗名 | 法名 | 身高cm | 体重kg | 身份证号码 | 有无医保 | 联系手机 | 是否罹患备注疾病 （请详细说明疾病过往史） |
| 1 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 2 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 3 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 4 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 5 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 6 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 7 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 8 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 9 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 10 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 11 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |
| 12 | 　 |  |  |  | 　 |  |  |  |