附件：1．

徽州区社保医保转移接续“一件事一次办”申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
|
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 转移险种 | 【】养老保险 | 【】城镇职工基本医疗保险 | | 【】失业保险 | |
| 原经办机构名称 |  | | | | |
| 转出险种 | 【】机关事业单位养老保险【】企业职工基本养老保险【】城乡居民基本养老保险 | 【】城镇职工基本医疗保险 | | 【】失业保险 | |
| 申请转入险种 | 【】机关事业单位养老保险【】企业职工基本养老保险【】城乡居民基本养老保险 | 【】城镇职工基本医疗保险 | | 【】失业保险 | |
| 申请材料 | 有效身份证件（代办需提供双方有效身份证件） | | | | |
| 申请人（代办人）（签名）：  联系电话：    申请日期： 年 月 日 | | | | | |

附件 2

徽州区社保医保转移接续“一件事一次办”流程图

