医疗保险转入信息确认书

本人姓名 ，身份证号 ，因网上无法操作转入且转出地无法出具《基本医疗保险参保缴费凭证》，现个人申请办理 省 市 区基本医疗保险转入。

**原参保地医保机构行政区划代码：**

**原参保地医保机构名称：**

**原参保地医保机构联系电话：**

**原参保地医保机构地址：**

**原参保地医保机构邮政编码：**

以上信息本人已与转出地核实，确认信息真实有效，

如有问题，本人自愿承担一切法律责任和后果。

申请及承诺人签字：

申请人联系电话：

年 月 日