附件2：

新生儿预参保登记卡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 | |  | |
| 新生儿编码 | |  | | | | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | |
| 父亲 |  | 身份证号 |  | | | 联系电话 | |  |
| 母亲 |  | 身份证号 |  | | | 联系电话 | |  |
| 出生医院 | |  | | | | | | |
| 参保地 | |  | | | | | | |
| 参保日期 | |  | | | | | | |
| 备注：  1.新生儿办理预参保登记后，请及时缴费。缴费成功后，凭此卡片在定点医疗机构就医结算，出生三个月内有效。  2.新生儿取得户籍身份信息后，须使用新生儿真实姓名及身份证号码在户籍所属街道、社区（村）等医保服务机构完善个人信息。 | | | | | | | | |