附件：

城镇职工医疗保险缴费年限变更申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 个人编号 |  |
| 身份  证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 联系  地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 申请变更情况 | □ 缴费年限增加  □ 缴费年限减少  变更年限\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_月  申请人（代办人）： 申请时间： | | | | |
| 处理  意见 | 经审核，符合政策规定，同意年限变更。  经办人： 年 月 日  复核人： 年 月 日 | | | | |