**申请职工医保一次性缴费登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 证件号码 |  |
| 联系电话 |  |
| □ 选择最后参保地为一次性缴费参保地□ 选择\_\_\_\_\_\_\_\_县（市、区）为一次性缴费参保地  |
| 申请人签名 |  |

备注：申请人提交此表即默认停止逐月缴交医疗保险费。