

## 大学生医保证补办申请表

姓 名		医保编号	
性 别		院 系	
八位学号		班级名称	
身 份 证 号 码			
联 系 电 话		领 取 签 名	
申 请 原 因	本人签字： 年 月 日		
辅导员意见：       <div style="text-align: center;">                     盖 章                      年 月 日                 </div>	院系意见：       <div style="text-align: center;">                     盖 章                      年 月 日                 </div>	高校医保部门意见：       <div style="text-align: center;">                     盖 章                      年 月 日                 </div>	