

# 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：        盖 章 年 月 日	院系意见：        盖 章 年 月 日	高校医保部门意见：        盖 章 年 月 日	