附件 2

鹿城区学生参加医疗保险情况调查表

序号	所在班级	学生姓名	学生身份证号码	基本医保（580 元）	其他保险		家长姓名	联系方式
					惠民保（50 元）	学生平安保险		
示例	一（11）班	陈 XX	3303022016XXXX2815	已参保	已参保	未参保	陈 X	1377777XXXX
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								