附件3

龙山县医保经办村（社区）办件信息登记表

|  |
| --- |
| **村（社区）名称： 填报人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日** |
| **办理事项名称** | **申请人姓名** | **联系电话** | **身份证件号码** | **地址** | **办理时间** | **办理人** | **办理结果** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |