

浙江省级社会保障卡信息采集确认单

表单编号：

人员性质：

姓名		性别		照片粘贴处
出生日期		民族		
证件类型	<input type="checkbox"/> A. 身份证 <input type="checkbox"/> B. 护照 <input type="checkbox"/> C. 军官证			
证件号码				
通讯住址				
联系电话 (手机优先)		邮政编码		
单位名称				
单位编码		所在部门		
本人签字 确认	本人确保以上所填信息真实有效，予以确认！ 签名 _____ 年 月 日			

- 说明：1、原信息如有错误，请直接在错误信息处“-”横线并填写正确信息。
- 2、照片及粘贴要求：照片参照二代居民身份证要求，照片尺寸1寸（32mm×26mm），本人近期正面免冠彩色头像，头部占照片尺寸的2 / 3，不着制式服装或浅色上衣，头发不能遮掩耳朵；不要化浓妆；女同志穿的衣服最好有领子；不得佩戴有损形象的饰品；常戴眼镜的居民应配戴眼镜，白色背景无边框，人像清晰，层次丰富，神态自然，无明显畸变。
- 3、如需修改证件号码及姓名，请执本人证件至省医保中心办事大厅更改，并请随带医保证历本。
- 4、参加子女统筹人员如有身份证号码的，请直接填入证件号码栏。
- 5、上述信息请全部填全。
- 6、省医保中心严格按照有关规定对上述资料予以保密。