**北京市计划生育协会**

**关爱计划生育家庭安康计划保险申请表**

街道（乡镇、社区）名称：不填 居委会（村委会）名称：不填

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 姓名 | 性别 | 出生日期 | 证件号码 | 与主被保险人关系 |
| 被保险人（包括主被保险人本人） | 需填 | 需填 | 需填 | 需填 | 本人 |
| 需填 | 需填 | 需填 | 需填 | 配偶 |
| 需填 | 需填 | 需填 | 需填 | 子女 |
|  |  |  |  | 子女 |
|  |  |  |  | 子女 |
| 邮编 | 需填 | | 联系电话 | 需填（填写“本人”电话） | |
| 家庭地址 | 需填“本人”家庭地址 | | | | |
| 身故受益人 | 均为法定 | | | | |
| 投保份数 | 叁拾元整（¥30元） | | | | |
| 投保家庭签名 | 填写“本人”姓名（一个人签名即可）  年 月 日（日期不填） | | | | |
| 居委会（村委会）审核意见：此项都空着，不填  审核人： 盖章：  年 月 日 | | | | | |
| 街道（乡镇、社区）审核意见：此项都空着，不填  审核人： 盖章：  年 月 日 | | | | | |
| 填表日期： 年 月 日（日期不填） | | | | | |

注释：本表格一式两份，由投保家庭填写，经审核盖章有效。