附件

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2020年学生参加城乡居民基本医疗保险统计表** | | | |
| 填报学校：（盖章） 年 月 日 | | | |
| 序号 | 年级 | 人数 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合计 |  | | |

填报人： 负责人：