附件

“重庆渝快保”资助参保人员花名册

乡镇（街道）盖章：　　经办人（签字）：　　填报时间：　年　月　日

序号	姓名	性别	身份证号码	家庭地址	对象类别	疾病类型	联系电话	审核人	备注
1				xx 乡（镇、街道）xx 村 xx 社					
2									
3									
5									
6									