:

职工基本医疗保险个人账户 一次性支取申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、参保人基本情况 | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 证件类型 | | |  | | |
| 身份证件 号码 |  | | | | | | | | |
| 支取原因 | □1.跨省异地安置退休人员  □2.参保人员在参保期间应征入伍 □3.参保人员死亡  □4.参保人员出境（包括港澳台地区）定居 | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 二、继承人（代表人）基本情况 | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | 与参保人关系 | | |  | |
| 身份证件号码 | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 常住地址 | |  | | | 工作单位 | | |  | |
| 经协商，由 代表全部继承人办理支取业务，有关款项汇入其名下银行 账户，分配事宜自行解决，由此产生的法律纠纷由代表人自行负责。  签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 三、个人账户资金提取方式 | | | | | | | | | |
| □1. 申请提现（审核通过后，前往参保人员医保个账开户银行网点，按银行规定办理） | | | | | | | | | |
| □2. 申请资金划转  开户银行： 开户姓名： 账号： | | | | | | | | | |
| 四、被委托人基本情况(如无被委托人，无需填写) | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证件 号码 |  | | 联系电话 | | |  |
| 备注 |  | | | | | | | | |

备注：1.表格各项内容根据业务办理情形按需填写。

2.跨省异地安置退休人员经本人申请，可将个人账户资金划入本人银行账

户。参保人员在参保期间应征入伍，经本人申请，个人账户资金可划入本人银行 账户。参保人员死亡后，经申请，其个人账户资金可一次性划入本人银行账户， 或者按规定继承。参保人员出境（包括港澳台地区）定居的，经本人申请，其个 人账户资金可划入本人银行账户。

支取人签字： 年 月 日