职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

支取人签字： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人基本情况 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | 身份证号 | | |  | | | | |
| 支取原因 | | □死亡 □出国定居 □主动放弃 □其他 | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | |
| 账户号码 | |  | | | | | 开户行 | |  | | | |
| 继承人（代表人）基本情况 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | | 与参保人关系 | | | |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 常住地址 | |  | | | | 工作单位 | | | |  | | |
| 账户号码 | |  | | | | 开户行 | | | |  | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 被委托人基本情况（如无被委托人，无需填写） | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证号 |  | | | | | | | 联系电话 |  |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |