|  |
| --- |
| 重庆市职工基本医疗保险个人账户一次性支取确认表 |
| 参保人基本情况 |
| 参保人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 支取原因 | □死亡 □出国（境）定居 □主动放弃 |
| 支取方式 | □返还 □并入统筹 |
| 单位名称 |  |
| 开户银行名称 |  |
| 银行开户户名 |  |
| 银行账号 |  |
| 申请人基本情况 |
| 申请人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 申请人与参保人关系 |  |
| 开户银行名称 |  |
| 银行开户户名 |  |
| 银行账号 |  |
| 申请人（非本人办理支取的）承诺：经与相关继承人协商一致，由申请人办理个人账户一次性支取业务，有关款项汇入上述银行账户，分配事宜自行解决。申请人已知晓并理解相关规定，并自愿承担由此产生的法律责任。抄写下划线部分 申请人（签字）： |
| 申请人签字：年 月 日 | 医保经办机构（公章）：经办人： 复核人：年 月 日 |