|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |