|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重庆市参加职工医保单位退费申请表 | | | | | | |
| 单位名称 | |  | 单位编号 |  | 联系电话 |  |
| 申请退费情形（适用项打“√”） | | | | | | |
| □缴费年限错认。参保职工办理退休手续并补缴不足年限后，经重新认定医疗保险缴费年限，存在多缴纳医疗保险费。 | | | | | | |
| □误进款。征缴过程中出现的错票、职工医保征缴计划调整、参保单位或个人误进款（多缴款）及其他误进款。 | | | | | | |
| □停保未成功。因经办机构失误、系统故障等原因造成职工医保办理停保未成功多缴医保费，期间未享受相关待遇。 | | | | | | |
| □手续滞后。办理职工退休、死亡手续滞后造成多缴医保费。 | | | | | | |
| □信息错误。因姓名、身份证号码、银行卡号等信息录入错误导致的误入账或误扣费，期间未享受相关待遇。 | | | | | | |
| 情  况  说  明 | 参保单位经办人： 参保单位负责人： （加盖公章）  年 月 日 | | | | | |
| 经  办  机  构  意  见 | 经办人： 部门负责人： 分管负责人：  年 月 日 | | | | | |