

:

表 3：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		身份证件号码			
支取原因	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 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			
身份证件号码		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		身份证件号码		联系电话	
备注					