

表 5：职工基本医疗保险个人账户 一次性支取申请表

一、参保人基本情况					
姓 名			证件类型		
身份证件 号码					
支取原因	☐ 1.跨省异地安置退休人员 ☐ 2.参保人员在参保期间应征入伍 ☐ 3.参保人员死亡 ☐ 4.参保人员出境（包括港澳台地区）定居				
工作单位					
二、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		
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					
三、个人账户资金提取方式					
☐ 1.申请提现（审核通过后，前往参保人员医保个账开户银行网点，按银行规定办理）					
☐ 2.申请资金划转 开户银行：_____ 开户姓名：_____ 账号：_____					
四、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					

备注：1.表格各项内容根据业务办理情形按需填写。
 2.跨省异地安置退休人员经本人申请，可将个人账户资金划入本人银行账

户。参保人员在参保期间应征入伍，经本人申请，个人账户资金可划入本人银行账户。参保人员死亡后，经申请，其个人账户资金可一次性划入本人银行账户，或者按规定继承。参保人员出境（包括港澳台地区）定居的，经本人申请，其个人账户资金可划入本人银行账户。

支取人签字：

年 月 日