年 月职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人基本情况 | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证件号码 |  | |
| 支取原因 | □死亡 □出国定居 □其他 | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 账户号码 |  | | | | |
| 开户行 |  | | | | |
| 开户人姓名 |  | | | | |
| 支取人承诺：本人已根据《中华人民共和国社会保险法》《沈阳市城镇职工基本医疗保险规定》等相关法律法规规定填写。本人已就所填信进行了核实，并对所填内容的真实性、准确性、完整性负责。  支取人（签字并按手印）：  注：请笔划清晰签字  联系电话（手机号码）      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 |  | | | | |