附表8

职工基本医疗保险个人账户支取（划转）申请表

支取人签字： □支取 □划转 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人基本情况 | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 身份证件号码 | | | |  | | | |
| 支取（划转）原因 | □死亡 □出国定居 □主动放弃 □跨省异地长期备案 □其他 | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 账户号码 |  | | | | | | | | |
| 开户行 |  | | | | | | | | |
| 因死亡或出国定居支取填写 | 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 | 划转原因为跨省异地长期备案的，个人账户资金划转至本人社会保障卡金融账户。 | | | | | | | | |