表7：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

（参考样表）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | 姓 名 |  | | |
| 身份证号码 |  | 社保卡号 |  | | |
| 支付原因： | 参保人死亡（） 出国(境)定居（） 保险关系转移（）  异地安置(转长期驻外 )（） 其他（） | | | | |
| 领取人姓名： |  | | | 关 系： |  |
| 有关证件号： |  | | | | |
| 支取人签字： |  | | | | |
| 备 注： |  | | | | |
|  |  | | | | |

经办人： 医疗保险经办机构

（章）

填表日期： 年 月 日