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： |  | 是否销户： |  |
| 身份证号码： |  | 社保卡号： |  | | |
| 支付原因： | 转异地安置（） 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