表12

参保人员个人账户一次性支取申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人  基本情况 | 姓名 |  | 身份证  号码 |  | 个人编号 |  |
| 参保单位名称 | 广西壮族自治区农业科学院 | | | | |
| 支取原因 | | 死亡□ 出国定居□ 其他 □ | | | | |
| 银行信息 | 账户名称 |  | | | | |
| 银行账号 |  | | | | |
| 开户行 |  | | | | |
| 个人账户继承□ | 继承人姓名 |  | 身份证  号码 |  | 与被继承人关系 |  |
| 被继承人  单位意见 | 该同志系我单位职工，自 年 月起终止基本医疗保险关系，个人帐户资金按规定由其继承人继承。  单位（盖章）：    联系电话： 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 继承人声明 | 本人已全额领取医疗保险个人帐户资金，继承所发生的法律纠纷由本人全权负责，与医保中心无关。  联系电话： 继承人（签名）： | | | | |
| 备注 |  | | | | |

**说明：**

一、个人账户继承

1.办理参保人员个人帐户资金继承申报，办理时继承人应提供被继承人死亡证明书（复印件）、被继承人与继承人关系证明（复印件）、继承人身份证（复印件）等相关材料；

2.如被继承人是灵活就业人员无参保单位的，被继承人单位意见不需要填；

3.提供的银行卡应填写继承人（或被继承人）的银行卡号（储蓄卡和存折）。

二、非继承个人账户支取

1.办理参保人员的新工作单位是公费医疗、出国定居和无医疗保险基金接续地的医疗保险个人帐户支付。

2.调入单位是公费医疗的，单位需提供相关说明。

3.出国定居提供注销中国国籍证明。

4.提供的银行卡仅限于本人银行账户。