

表 8

职工基本医疗保险个人账户返还申请表

参保人基本情况					
姓 名		身份证件号码			
职工医保 暂停时间		居民医保 参保时间			
银行名称		银行账户			
开户行					
职工_____医保个人账户余额_____元， 因_____，现申请返还医保个人账户余额。情况属 实，由此产生的法律纠纷由本人（委托人）自行负责。 联系电话：_____本人或委托人签字（指印）：_____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					
经办机构 意见	经办人：_____年 月 日（盖章）				