表9:基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

<table>
<tr><td colspan="4">参保人基本情况</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>身份证件号码</td><td></td></tr>
<tr><td>支取原因</td><td colspan="3">口死亡　　口出国（境）定居　　口其他_____</td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>转入银行开户行</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>银行账户号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">领取人（继承人、代表人）基本情况</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>与参保人关系</td><td></td></tr>
<tr><td>证件类型及号码</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>常住地址</td><td></td><td>工作单位</td><td></td></tr>
<tr><td>转入银行开户行</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>银行账户号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">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医保卡个人账户或银行账户，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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">申请人签字（加盖手印）
联系电话
申请时间：　　年　　月　　日</td><td colspan="2">单位意见
签字（盖章）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>医疗保险经办机构审核</td><td colspan="3">经办人：　　复核：
年　　月　　日</td></tr>
</table>

备注：适用于参保人员死亡、出国等一次性支取