附件13

支取人签字： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参保人员基本情况** | | | | | |
| 姓名 |  | | 证件类型及号码 |  | |
| 支取原因 | □死亡 □出国（境）定居 □主动放弃 □其他： | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 账户号码 |  | | | | |
| 开户行 |  | | | | |
| **领取人（继承人、代表人）基本情况** | | | | | |
| 姓名 |  | | 与参保人关系 |  | |
| 证件类型及号码 |  | | 联系电话 |  | |
| 常住地址 |  | | 工作单位 |  | |
| 账户号码 |  | | | | |
| 开户行 |  | | | | |
| 经协商，由 代表全部继承人办理支取业务，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。  签字： 年 月 日 | | | | | |
| **被委托人基本情况（如无被委托人，无需填写）** | | | | | |
| 姓名 |  | 证件类型及号码 |  | 联系电话 |  |
| 备注 |  | | | | |

注：1．因“死亡”原因办理支取的，领取人（继承人、代表人）应填写“参保人员基本情

况、领取人（继承人、代表人）基本情况”内的信息。

2．因“出国（境）定居、主动放弃”等原因申请支取，由参保人本人办理的，填写“参保

人基本情况”内的信息；委托其他人办理的，填写“参保人员基本情况、被委托人基本情况”内的信息。

3．“支取人”是指到医保经办机构办理支取业务申请的人，即参保人、领取人（继承人、

代表人）、或被委托人。