梅州市城乡居民基本医疗保险费退费申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 缴费人填写  申 请 人 填 写 | 申请人 | 申请人姓名 | | |  | | 身份证类别 | |  | |
| 身份证号码 | |  | |
| 退款人名称 | | |  | | 退款人开户银行名称 | |  | |
| 开户银行账号 | | |  | | 退费联系人 |  | 联系  电话 |  |
| 费款所属期起 | | | | 费款所属期止 | | 险种 | | 退还金额 | |
| 年 | | | 月 | 年 | 月 |
|  | | |  |  |  |  | |  | |
| 退还金额合计（大写） | | | |  | | | | | |
| 退费  原因 | |  | | | | | | | |
| 申请人声明：本表所填内容正确无误，所提交的证件、资料及复印件真实有效，如有虚  假愿承担法律责任。  申请人（代办人）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 经办部门审批意见 | 退参保人 年度城乡居民医疗保险费用 元。  经办： 复核： 审批：  年   月   日 | | | | | | | | | |

备注：本表一式两份，申请人、医保经办机构各执一份。