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。