梅州市职工医疗保险费退费审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（个人）填写  申请单位（缴费人）退费信息 | 单位（个人）名称 | | |  | | | | 社会信用代码/  纳税人识别号 | |  | | |
| 单位  社保号 | | |  | | | | 注册地址 | |  | | |
| 退费开  户银行 | | |  | | | | 开户名称 | |  | | |
| 账号 | | |  | | | 联系人 |  | | 联系  电话 |  | |
| 原缴费凭证 | | | | 费款所属期 | | | 险种 | | 原缴费  金额 | | 申请退  还金额 |
| 字轨 | | 号码 | | 年 | 月 | |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 申请退还  金额合计 | | | （大写） | | | | | | （小写） | | |
| 退费原因 |  | | | | | | | 申请单位（个人）盖章 | （盖章） 经办人：  年 　月 日 | | |
| 附列资料 |  | | | | | | |
| 税务部门审核意见 | （盖章）  受理人：　　　　　 　审核人：　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 医保经办部门审批意见 | 核准退费　 　　元。  （盖章）  经办人：　　　 复核人：　　　 审批人：　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

备注：医保经办部门在审核退费过程中，请先完成层级审核流程，确认无误后，再发起系统审核操作。按国家医保系统流程，在审核通过的情况下，会将退费数据推送至业财系统。此操作不可逆。