

《医疗保险费退费申请表》(单位缴费人、灵活就业人员、城乡居民适用)

缴费人统一社会信用代码/身份证件号码(纳税人识别号)				类 别	<input type="checkbox"/> 单位缴费人 <input type="checkbox"/> 灵活就业人员 <input type="checkbox"/> 城乡居民			经办人姓名	
参保单位(个人)名称				单位(个人)医保编号			医保经办机构名称		经办人联系电话
退费账户开户银行名称				退费银行账户名称			退费银行账号	申请退费类型: <input type="checkbox"/> 结算退费 <input type="checkbox"/> 误收退费	
序号	险种名称	费款所属期起		费款所属期止		费票号码(非必填)		实缴费额	申请退费金额
合计(小写)		—		—		—			
退费 申请 理由		退费申请理由:							
		申请单位(人)/受托代理人声明: 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。 <div style="text-align: right;"> 申请单位(人)/受托代理人(签章): 年 月 日 </div>							

1. 单位缴费人申请对单位所属部分职工退费时, 需增加填写《医疗保险费退费申请表(职工明细)》。
2. 本表一式两份, 缴费人、医保经办机构各留存一份, 本表仅用于缴费人向医保经办机构申请退费。
3. 表中所有金额单位: 元(列至角分)

医疗保险费退费申请表（职工明细）

统一社会信用代码 (纳税人识别号)		参保单位名称		单位编号		医保经办机构	
序号	医保编号	职工姓名	身份证号	险种名称	费款所属期起	费款所属期止	申请退费金额
合计（小写）			—	—	—	—	
<p>申请单位（人）/受托代理人声明：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。</p> <p style="text-align: right;">申请单位（人）/受托代理人（签章）： 年 月 日</p>							

【表单说明】

- 1.本表仅适用于单位缴费人办理部分职工退费业务，为《医疗保险费退费申请表（总表）》的附表。
- 2.本表“统一社会信用代码（纳税人识别号）”、“参保单位名称”、“单位医保编码”、“医保经办机构”、“申请退费金额合计”等项应与对应的《社会保险费退费申请表（总表）》相关内容保持一致。
- 3.表中所有金额单位:元（列至角分）。
- 4.本表一式两份，缴费人、医保经办机构各留存一份，本表仅用于缴费人向医保经办机构申请退费及医保经办机构受理