

## 《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。 申请单位(人)/受托代理人(签章): 年 月 日								

- 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	实缴费额	申请退费金额
合计(小写)		--	--	--	--	--		

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。

申请单位(人)/受托代理人(签章):

年 月 日

### 【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