

## 基本医疗保险关系转移接续表（转出）申请表

参保人员信息					
姓名		性别		年龄	
身份证号码					
联系电话					
转入地名称	转入城市、区名称				
转出原因： <input type="checkbox"/> 户口迁出本市 <input type="checkbox"/> 统筹外单位接收    （请在 <input type="checkbox"/> 里打“√”）					
户口类型： <input type="checkbox"/> 居民 <input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业    请在 <input type="checkbox"/> 里打“√”）					
转出业务处理方式					
<input type="checkbox"/> 只转移个人医疗保险关系		确认只转移医疗保险缴费年限，不转移个人账户金额，也不提取个人账户金额。			
<input type="checkbox"/> 转移个人医疗保险关系及办理个人账户返还		确认转移医疗保险缴费年限同时将个人账户金额返还至本人社保卡（或本人盛京银行卡内），附“个人账户支付审批表”。			
<input type="checkbox"/> 转移个人医疗保险关系及办理个人账户转移		确认转移医疗保险缴费年限同时将个人账户金额转移至新就业地医疗保险经办机构财政专户。			

代办人员信息（若本人办理，则不需填写）			
姓名		与参保人关系	
联系电话			

申请人（代办人）签字：

参保单位（章）：

申请时间：     年    月    日