东营市医疗保险个人账户销户

结清支取代办证明

|  |  |
| --- | --- |
| 参保单位： |  |
| 参保人姓名： |  | 身份证号： |  |
| 代办人姓名： |  | 身份证号： |  |
| 联系电话： |  |
| 代办原因： |
| 申报单位 |  单位盖章（公章）  年 月 日 |
| 医保经办机构 | 经办机构（业务章）  年 月 日 |

注：1.本业务原则上本人办理，参保人因特殊原因不能亲自办理的，由参保单位指定的代办人持参保人身份证原件（户籍所在地派出所开具的死亡证明）、代办人身份证原件和本证明办理，因代办而出现的一切纠纷由参保单位负责。

 2.本表一式两份，医保经办机构及银行各留存一份。