基本医疗保险个人账户资金划拨至指定账户申请书

参保人 ，身份证件号码 ，因属于（□跨省异地安置退休人员，□出境定居退休人员，□参保人员在参保期间应征入伍），现申请将基本医疗保险个人账户资金发放至本人如下银行账户（□养老金账户，□伤残津贴账户，□社会保障卡金融账户，□其他金融账户） ：开户姓名 ，开户银行 ，银行账号 。

 申办人（手写签名）：

申办人证件号码：

申办人联系电话：

日期：

医保经办机构审核意见：

□同意 □不同意

经办人： 复核人： （盖章）