

甘肃省省直基本医疗保险个人账户提取申请表

姓名		社会保障号码 (与身份证号码一致)	
工作单位		单位编码	12700
提取原因	统筹外调出 <input type="checkbox"/> 出境定居 <input type="checkbox"/> 人员死亡 <input type="checkbox"/>		
社会保障卡金融账户	开户姓名		
	开户银行		
	银行账号		
	银行行号 <small>(社会保障卡金融账户不用填写该栏)</small>		
申请人(代办人)签字		联系方式	
审核人签字		经办人签字	
省直社会保险 经办机构 审核意见	(盖章) 主管处长签字 年 月 日		

备注： 1、提现金额将会在原参保单位完成到账确认后次月划入本人的社会保障卡金融账户中；

2、由于各种原因没有社会保障卡的参保人员在“社会保障卡金融账户”栏填写本人的备用银行账户信息；

3、有社会保障卡的参保人员，“社会保障卡金融账户银行行号”一栏不用填写；

4、本表一式二份，参保经办机构一份，申请人(代办人)一份。

承诺书

本人姓名：_____，身份证号：_____，
前来办理_____同志（社会关系：_____）的个人
账户资金提取业务。本人保证“个人账户提现申请表”填写
的内容真实、合法、有效，自愿遵守国家的相关法律规定，
由此引发的责任由本人承担。

承诺人：

日期： 年 月 日