**西城区医疗保险事务管理中心**

**医疗、生育保险退费申请表**

|  |
| --- |
| **退费告知： 1.申请单位需对申请办理社会保险退费所提供的劳动关系证明、工资支付凭证等全部证明材料的真实性承担一切法律责任。2.退费职工需认可“申请退费原因”及“申请退费情况”中所述情况属实并已知晓社会保险退费业务办理后操作不可撤销，数据无法恢复，同意办理退费手续，承担由此产生的一切后果；3.退费期间已享受相关待遇的不予办理退费。4.以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或者其他社会保障待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，转交相关部门处理。** |
| 单位名称（公章）:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_统一社会信用代码（社保登记证编号）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请退费原因 |  |
| 姓 名 | 身 份 证 号 码 | 退费起止时间 |
|  |  |  |
| 申请退费险种：生育保险（ ）医疗保险（ ） 离休医疗保险（ ） |
| **退费申请单位 意 见** | **退费人员 意 见** |
| 申请退费单位负责人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申请退费单位经办人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **本人申请办理退费,并承诺此期间未享受相关待遇****退费人员本人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **医保中心核实有无生育、****工伤报销待遇支付** | **医保中心核实有无基本医疗费用报销、离休费用报销** | **社保、医保中心退费审批意见** |
| **医保中心经办人：****医保中心业务章：** **年 月 日** | **医保中心经办人：****医保中心业务章：** **年 月 日** | **初审人** |  **年 月 日** |
| **复审人** |  **年 月 日** |
| **业务主管****主任** |  **年 月 日** |
| **医保中心****主任** |  **年 月 日** |

**说明：此表格不得涂改；退费金额大于10000元，需经医保中心主任审批。**