附件5

医疗保险业务办理申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人资料 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 申请人类型 | □城镇职工医疗 □城乡居民医疗 |
| 申请办理业务内容 | 业务类型 | □遗失发票 □退医疗个人账户 □其他 |
| 申请办理业务详细内容（请您用正楷字填写） |
| 申请人（签名）： 年 月 日 |
| 股室负责人 |  年 月 日 |
| 财务审核 |  年 月 日 |
| 主管领导 |  年 月 日 |
| 单位领导 |  年 月 日 |