

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 ☐ 退医疗个人帐户 ☐ 其它																			
	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																				