表11：医疗保险费退费申请表（缴费单位）（参考样本)

 **XX**年 **XX** 月 **XX** 日 单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | **XXX幼儿园** | 单位编号 | **420XXXXXXXXX** | 联系电话 | **130XXXXXXXX** |
| 代理人姓名 | **张X** | 身份证号 | **420300XXXXXXXXXXXX** | 与单位关系及联系方式 | **经办人** |
| 收款户名 | **XXX幼儿园** | 申请退付账户开户银行全称 | **十堰XX银行XX支行** |  |
| 对公（存折）账号 | **810XXXXXXXXXXXXXX** |
| 退费申请 | 由于以下原因（勾选）单位申请将已缴 费（险种）（核定单号: ）退至上述收款账户名及账号。险种转移 □ 参军 □ 出国定居□ 死亡□重复缴费□操作误缴 ☑ 其它 □**申请人（代办人**）：  **张X**  **XX**年 **XX**月 **XX**日 |
| 费款所属时间 | **XX**年  **X** 月 至  **XX** 年  **X** 月 |
| 退付金额（大写）： 万 仟 佰 拾 元 角 分￥ |
| 科室意见（签章）∶签字: | 领导意见（签章）∶签字: |