**城镇职工（城乡）医保费支付单位申请**

朝阳医保中心：

我单位参保人 ， 身份证号码 由于其个人原因（□存折注销 □其他）无法将（□个账清算□城乡退费□医保报销费）的费用支付到个人银行卡。故申请将该人员的医保费支付到我单位账户中：

单位银行名称：

单位银行账号：

我单位承诺医保费到账后及时如数将该笔费用发放给其本人或亲属。支付单位成功后，单位确保将发放给个人或亲属签字领取款项（汇款）的相关证明材料做好留存。

特此说明！

经办人（签字）： 联系电话

参保单位公章

年 月 日

**所需材料**：1、城镇职工（城乡）医保费支付单位申请

2、单位经办人有效身份证件复印件

3、原《个人账户清算告知书》复印件（仅个账清算业务需提供）