

附件 7

职工基本医疗保险个人账户一次性支取 证明告知承诺书

一、申请人基本信息

姓名（名称）：_____

联系方式：_____

证件类型：_____

证件编号：_____

二、经办机构告知

（一）政务服务事项名称

职工基本医疗保险个人账户一次性支取。

（二）证明事项（证明材料）内容

代办人已取得被继承人的全部继承人授权办理被继承人职工基本医疗保险个人账户一次性支取的证明材料。

（三）证明事项设定依据

《国家医疗保障局关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18号）、《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》（医保办函〔2021〕7号）规定，因死亡支取的提供继承人身份证、银行卡账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的应提供个人承诺书；主动放弃参加职工基本医疗保险的，需提供主动放弃基本医疗保险关系的情况说明。

（四）告知承诺适用对象

本证明事项申请人可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

（五）承诺方式

本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向经办机构提交本人签字后的告知承诺书原件。

本证明事项必须由申请人作出承诺，不可代为承诺。

（六）承诺效力

申请人书面承诺具备与证明材料同等效力。

（七）不实承诺责任

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

三、申请人承诺

申请人现承诺持有以下符合要求和有关规定的材料(在□里勾选)：

☐代办人已取得被继承人的全部继承人授权办理被继承人职工基本医疗保险个人账户一次性支取的证明材料。

本人已认真阅知并准确理解医保经办机构告知的全部内容，并对承诺内容的真实性、准确性负责。

以上所作承诺均为申请人的真实意思表示，申请人愿意承担由于本人不实承诺、违反承诺所产生的一切法律后果。

承诺人（签名）：

年 月 日