附件1

医疗保险费退费申请

国家税务总局唐山市XXX税务局：

我单位于 年 月 日通过 渠道缴纳的属期 年 月 日至 年 月 日，应缴金额 元，实缴属期 年 月 日至 年 月 日，

实缴金额 元，入库时间 年 月 日及电子税票号码 ，因 ，现申请全额退回，金额 元。

单位名称：

纳税人识别号：

医保编号：

单位开户名称（全称）

开户银行：

开户银行行号：

开户账号：

联系人： 联系电话：

缴费人名称(签章)：

年 月 日