附件2：

2025年广西职工医疗互助保障会个人退保申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 联系电话 | 所在部门 |
|  |  |  |  |  |
| 工号 | 身份证号 |
|  |  |
| 本人自愿申请退出2025年广西职工医疗互助保障会参保活动，退出参保活动后，不享受2025年广西职工医疗互助保障会相关待遇。  签字： 时间： |
| **所在部门****意 见：** | 负责人签字（部门公章）： 年 月 日 |
| **互助会管委会审批意见** | 管委会（章）： 年 月 日 |