附件4 《职工医保个人欠款补缴申请》

职工医保个人欠款补缴申请

楚雄州医疗保险管理局：

本人 ，身份证号 ，是 某某公司 单位职工，因单位原因欠缴 年 月 至 年 月 医疗保险费。本人已知悉单位所欠医疗保险费应由单位全部缴纳，本人急需办理 （医疗保险关系转移/医疗待遇报销/职工医保在职转退休），因单位欠缴医疗保险费不能办理。现申请自行缴纳本人所欠个人部分及单位部分医疗保险费，所缴纳医疗保险费，由本人与原单位协商处理。

申请人：

日期：