附件2

个人承诺书

参保人 张三 （身份证号： 44\*\*\*\*\*\*\*\* ），因以下原因需注销医保账户且一次性提取个账余额：（勾选所属原因）

□因跨省关系转移办理停保，参保地\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_市

根据实际原因勾选，并补充对应原因信息

□因跨省异地安置退休

□因出境定居办理停保，定居地\_\_\_\_\_\_\_（国）

□因死亡办理停保，死亡时间\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

承诺人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，由此产生的一切法律责任均由承诺人承担。

联系电话：123456\*\*\*\*\*\*

若为本人办理，则本人签名；若为代办人人办理，则代办人签名

承诺人（签名、指印）：张三/李四

20\*\* 年 \*\* 月 \* 日