

证明事项告知承诺书

事项名称：职工医保个人账户一次性返还（参保人死亡）

实行告知承诺制的证明名称：继承人与被继承人家庭血缘关系证明，及个人账户余额返还途径

经办机构：郑州市医疗保障中心

一、基本信息

（一）申请人（以下内容为二选一）：

1. 申请人为公民

姓名：_____联系方式：_____

证件类型：_____证件编号：_____

2. 申请人为法人或其他组织

名称：_____

统一社会信用代码：_____

联系人：_____联系方式：_____

地址：_____

（二）委托代理人：

姓名：_____联系方式：_____

证件类型：_____证件编号：_____

(三) 行政机关(经办机构):

名称: _____

联系人: _____ 联系方式: _____

二、行政机关(经办机构)告知

(一) 行政事项名称: 职工医保个人账户一次性返还(参保人死亡)

(二) 证明事项名称: 继承人与被继承人家庭血缘关系证明, 及个人账户余额返还途径。

(三) 设定证明的依据: 《中华人民共和国民法典》第一千一百二十二条第一款规定“遗产是自然人死亡时遗留的个人合法财产”; 第一千一百二十七条规定“遗产按照下列顺序继承:(一) 第一顺序: 配偶、子女、父母; (二) 第二顺序: 兄弟姐妹、祖父母、外祖父母。继承开始后, 由第一顺序继承人继承, 第二顺序继承人不继承; 没有第一顺序继承人继承的, 由第二顺序继承人继承。本编所称子女, 包括婚生子女、非婚生子女、养子女和有扶养关系的继子女。本编所称父母, 包括生父母、养父母和有扶养关系的继父母。本编所称兄弟姐妹, 包括同父母的兄弟姐妹、同父异母或者同母异父的兄弟姐妹、养兄弟姐妹、有扶养关系的继兄弟姐妹”; 第一千一百三十二条规定“继承人应当本着互谅互让、和睦团结的精神, 协商处理继承问题。遗产分割的时间、办法和份额, 由继承人协商确定; 协商不成的, 可以由人民调解

委员会调解或者向人民法院提起诉讼”。

(四)证明的内容: XXXX, 身份证号码为 XXXXXXXX, 死亡。
YYYY, 身份证号码为 XXXXXXXX, 是 XXXX 的合法继承人, 血缘亲属
关系为 XXXX (母女, 母子等), 特此证明。(此项作为逻辑展示,
申请人无需填写信息。)

(五)承诺的方式: 本证明事项采用书面承诺方式。申请人
愿意作出承诺的, 应当向行政机关(经办机构)提交签章后的告
知承诺书原件。(以下内容为一二选一)

1. 本证明事项必须由申请人作出承诺, 不可代为承诺。

2. 本证明事项可以代为承诺。由委托代理人代替申请人
作出承诺的, 委托代理人应当一并提交申请人的特别授权书。

(六)行政机关(经办机构)核查权力: 行政机关(经办机
构)对申请人作出的承诺将根据不同情形, 运用多种方式进行事
中事后核查。

(七)不实承诺的责任: 对在日常监管或者核查中发现承诺
不实的, 行政机关将依法终止办理、责令限期整改、撤销行政
决定或者予以行政处罚, 并纳入信用记录。涉嫌犯罪的, 依法
移送司法机关。

(八)承诺书是否公开(以下内容为二选一):

1. 本承诺书将予公开, 公开时限: 30天。

2. 本承诺书将不予公开。

三、申请人承诺

申请人现做出如下承诺：

（一）知晓行政机关（经办机构）告知的全部内容；

（二）已符合行政机关（经办机构）告知的条件、标准、要求，具体：被继承人_____已死亡，本人_____为被继承人的_____（血缘亲属关系），是其合法继承人。根据国家法律法规和基本医疗保险政策，个人账户继承需依据相关法律法规据实申报的要求，提出此项个人承诺，申请将_____的个人账户余额返还至此银行账户（开户银行：_____，账户号码：_____）。确保以上情况属实，不再提供相关证明。

（三）愿意承担不实承诺的法律责任；

（四）本告知承诺文书中填写的信息真实、准确；

（五）上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人（委托代理人）：

行政机关（经办机构）：

（签字 / 盖章）

（盖章）

年 月 日

年 月 日

本文书一式两份，行政机关（经办机构）、申请人各执一份。