**单 位 转 款 申 请 书**

我单位职工（姓名： ，身份证号： ）因故在 年 月 日不幸去世。他（她）的住房公积金由我单位根据住房公积金有关规定负责办理提取手续，并按法律规定依法发放给死亡职工家属。如产生纠纷由我单位负责解决，与新乡市住房公积金管理中心无关。

特此证明

收款账户名称：

收款银行名称：

收款银行账号：

单位（盖章）：

法定代表人/授权代理人：

日期： 年 月 日