**申请办理账户清算业务承诺书**

申请人姓名： （证件号码： ）系参保人员 （证件号码： ）直系亲属（附关系证明），申请为其代办账户清算业务。由于参保人员不存在有效发放介质，申请将清算金额发放至申请人银行账户中。

申请人承诺，个人账户清算金额将全额转交给 （参保人员）的继承人。由于未履行上述承诺所导致的一切法律责任由申请人承担。

申请人住址：

申请人联系方式：

申请人签字：

年 月 日