

四川省医疗保障局

关于印发四川省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）的通知

（征求意见稿）

各市（州）医疗保障局、省医疗保障事务中心：

为进一步提升全省医疗保障经办政务服务标准化规范化便利化水平，根据《国家医疗保障局办公室关于印发〈全国医疗保障经办政务服务事项清单（2023年版）〉的通知》（医保办发〔2023〕24号）要求，我们编制了《四川省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）》，现印发你们，并提出以下要求，请认真贯彻执行。

一、开展清单培训和宣传。各地要及时组织医保部门干部职工学习新版清单内容，熟悉清单各项规定，通过门户网站、宣传册页等形式主动向社会公布本地服务事项和办事指南，供群众查询了解。

二、做好清单实施工作。各地要及时调整完善本地办事指南和办事表格，严格按照新版清单规范开展经办服务，按时办结各项业务，不得要求群众提供清单规定以外的办理材料。要加强部门之间数据共享，推动办理业务所需证照材料部门间在线核验，实现更多事项线上办理和办理进度自助查询。

三、规范调整服务事项和办事指南。各地在执行清单过程

中，因医保政策调整确需增加服务事项的，由市（州）医保局报省医保局统一调整。遇有地址变迁、服务咨询电话变更等情况，各地要及时更新办事指南的相应内容，确保准确规范，并及时向社会公布。

本通知自 2024 年 月 日起执行，有效期五年。《四川省医疗保障局关于印发四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（川医保规〔2020〕7号）、《四川省医疗保障局关于调整四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（川医保办发〔2021〕6号）、《四川省医疗保障局关于调整四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（川医保办发〔2022〕16号）、《四川省医疗保障局关于调整四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（川医保办发〔2022〕40号）、《四川省医疗保障局关于调整四川省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（川医保办发〔2023〕17号）同时废止。

- 附件：1.四川省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）
2.四川省医疗保障经办政务服务事项清单参考样表

四川省医疗保障局

2024 年 月 日

四川省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）

（征求意见稿）

| 主项 | 子项序号 | 子项 | 办理材料 | 办理时限 | 办理环节 | 备注 | 设定依据 | 办理层级 |
|-----------------|------|---------------|---|-------------------------|-------------|---|---|---------------------|
| 一、基本医疗保险参保和变更登记 | 1 | 单位参保登记 | 1. 加载统一社会信用代码的证照或单位批准成立的文件 2. 《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章） | 不超过1个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 1. 单位参保登记含新参保、暂停参保、注销登记等相关内容； 2. 各地可通过查询市场监管部门共享的企业登记信息即时为企业办理； 3. 办理单位注销登记时，通过数据共享无法获取单位注销登记信息的，由参保单位提供有权机关（单位）出具的注销证明文件或注销资料（加盖单位公章）。 | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第五十七条； 2. 《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号）第八条； 3. 《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第六条、第十条。 | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 2 | 职工参保登记 | 1. 在职职工：①有效身份证件复印件；②《职工基本医疗保险参保登记表》（加盖单位公章） 2. 灵活就业人员：①有效身份证件；②《职工基本医疗保险参保登记表》 | 在职职工不超过3个工作日；灵活就业人员即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | 1. 职工参保登记含新增、暂停、终止、恢复、在职转退休； 2. 特殊人群还需提供：①港澳台人员随用人单位参加职工医保的，需提供港澳居民来往内地通行证或港澳台居民居住证，以及建立劳动关系的证明；②外国人参加职工医保的，需提供就业证件和外国人居留证件，或外国人永久居留证；③机关事业单位办理单位财政供养人员新增、减少等参保业务时，需提供编制部门审批盖章的人员变动申报凭证；④在职转退休的，需提供退休审批手续；⑤出国定居的，需提供护照或永久居留证；⑥因死亡原因办理终止参保时，通过部门数据共享无法获取死亡信息的，由申请人提供死亡证明或法院宣告死亡的生效文书，申请人无法提供的应提供个人承诺书。 3. 个人出现国家规定的停止享受医保待遇的情形后，用人单位、待遇享受人员或者其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内告知医保经办机构； 4. 有效身份证件包括身份证、户口簿、护照、港澳居民来往内地通行证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等（下同）； 5. 委托办理的，应提供委托人及代理人身份证件原件及委托人授权委托书（下同）。 | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第二十三条、第二十四条、第二十五条、第五十八条； 2. 《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第六条、第二十五条； 3. 《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家医疗保障局令第41号）第二条、第三条、第四条、第十四条； 4. 《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令第16号）第二条、第三条、第四条； 5. 中共中央组织部 人力资源社会保障部 公安部等25部门关于印发《外国人在中国永久居留享有相关待遇的办法》的通知（人社部发〔2012〕53号）； 6. 《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）。 | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 3 | 城乡居民参保登记 | 1. 有效身份证件 2. 《城乡居民基本医疗保险参保登记表》 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | 1. 城乡居民参保登记含新参保、暂停、终止、恢复； 2. 个人出现国家规定的停止享受医保待遇的情形后，待遇享受人员或者其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内告知医保经办机构。 | | 市（限绵阳、达州）、县、乡（镇、街道） |
| | 4 | 单位参保信息变更登记 | 《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》（加盖单位公章） | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | 变更单位性质、法定代表人、银行账户等关键信息的，应提供必要的佐证资料。 | | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 5 | 职工参保信息变更登记 | 1. 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2. 《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》（加盖单位公章） | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | 变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，应提供必要的佐证资料。 | 1. 《中华人民共和国社会保险法》第五十七条； 2. 《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号）第九条； 3. 《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第八条、第九条、第十条。 | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 6 | 城乡居民参保信息变更登记 | 1. 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2. 《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | | | 市（限绵阳、达州）、县、乡（镇、街道） |
| | 7 | 职工基本医疗保险费趸缴清算 | 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 | 不超过5个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 1. 趸缴年限按各地相关规定执行； 2. 未达到法定退休年龄的提前退休人员需提供相关审批部门出具的退休审批资料。 | 《中华人民共和国社会保险法》第二十七条。 | 省、市、县 |
| | 8 | 医保电子凭证申领 | 无 | 即时办结 | 申请—受理—办结 | 参保人可通过手机在国家医保信息平台APP、四川医保APP、支付宝四川医保电子凭证小程序、微信四川医保电子凭证小程序、合作银行等渠道或通过医保业务综合服务终端进行人脸识别直接申领。 | 1. 《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第七条 2. 《国务院办公厅关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》（国办发〔2020〕35号） | 省、市、县、乡（镇、街道） |

| 主项 | 子项序号 | 子项 | 办理材料 | 办理时限 | 办理环节 | 备注 | 设定依据 | 办理层级 |
|---------------------------|------|-------------------------|---|-----------|----------------|---|--|---------------|
| 二、基本医疗保险参保信息查询和个人账户一次性支取 | 9 | 参保单位参保信息查询 | 加载统一社会信用代码的证照或单位介绍信 | 即时办结 | 申请—受理—办结 | | 1.《中华人民共和国社会保险法》第七十四条； 2.《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第259号）第十六条； 3.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第三十二条。 | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 10 | 参保人员参保信息查询 | 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 | 即时办结 | 申请—受理—办结 | | | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 11 | 参保人员个人账户一次性支取 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》 | 不超过15个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.因死亡支取的提供继承人身份证、银行卡账户信息，通过部门数据共享无法获取死亡信息的，由申请人提供死亡证明或法院宣告死亡生效文书，申请人无法提供的应提供个人承诺书。 2.主动放弃参加职工基本医疗保险的，需提供主动放弃基本医疗保险的情况说明。 | 1.《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）； 2.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家医疗保障局令第41号）第七条； 3.《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（中华人民共和国人力资源和社会保障部令第16号）第五条、第六条。 | 省、市、县 |
| 三、基本医疗保险关系转移接续 | 12 | 基本医疗保险关系转移接续 | 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 | 不超过15个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 1.关系转出：经办机构在受理后10个工作日内办结； 2.关系转入：经办机构收到《参保人员基本医疗保险信息表》后，在5个工作日内办结。 | 1.《中华人民共和国社会保险法》第三十二条； 2.《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发〈基本医疗保险关系转移接续暂行办法〉的通知》（医保办发〔2021〕43号）第二条、第八条、第九条。 | 省、市、县 |
| 四、基本医疗保险参保人员异地就医备案 | 13 | 异地安置退休人员备案 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 3.异地安置认定材料：户口簿首页和本人“常住人口登记卡”，或《基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | | 1.《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）； 2.《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（川医保发〔2022〕6号）。 | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 14 | 异地长期居住人员备案 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 3.长期居住认定材料：居住证、户口簿首页和本人“常住人口登记卡”任选其一，或《基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | 参保人在居住地公安派出所或者受公安机关委托的社区服务机构办理申领居住证手续后尚未领取的，可提交有关部门出具的受理凭证。 | | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 15 | 常驻异地工作人员备案 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 3.异地工作认定材料：参保地工作单位派出凭证、异地工作劳动合同任选其一，或《基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | | | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 16 | 异地转诊人员备案 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 3.参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院单 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | | | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| | 17 | 其他临时外出就医人员备案 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《异地就医登记备案表》 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | | | 省、市、县、乡（镇、街道） |
| 五、基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定 | 18 | 基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《门诊慢特病病种待遇认定申请表》 3.病历资料 | 不超过15个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 1.病历资料包括所认定病种的出院记录或诊断证明、检验检查报告； 2.鼓励各地将认定下沉到符合要求的定点医疗机构，由定点医疗机构“一站式”受理，经办机构对医疗机构认定情况进行有效监管； 3.鼓励各地为群众提供线上申请渠道。 | 1.《劳动和社会保障部办公厅关于妥善解决医疗保险制度改革有关问题的指导意见》（劳社厅发〔2002〕8号）； 2.《卫生部 财政部 国家中医药管理局关于完善新型农村合作医疗统筹补偿方案的指导意见》（卫农卫发〔2007〕253号）； 3.劳动和社会保障部等部委《关于城镇居民基本医疗保险医疗服务管理的意见》（劳社部发〔2007〕40号）； 4.《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）。 | 省、市、县 |
| | 19 | 单行支付药品、高值药品支付管理病种待遇认定 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.《基本医疗保险单行支付和高值药品病种认定表》 3.病历资料 | 不超过15个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 病历资料包括所认定病种的出院记录或诊断证明、检验检查报告。 | 《四川省医疗保障局关于完善国家谈判药品和部分高值药品支付管理有关政策的通知》（川医保发〔2019〕27号） | 省、市、县 |

| 主项 | 子项序号 | 子项 | 办理材料 | 办理时限 | 办理环节 | 备注 | 设定依据 | 办理层级 |
|--------------------------|------|-------------------------------|---|-----------|----------------|---|--|-----------|
| 六、基本医疗保险参保人员医疗费用手工（零星）报销 | 20 | 门诊费用报销 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医药机构收费票据 3.门急诊费用清单 4.处方底方 5.参保人银行账户信息 | 不超过30个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.急诊可要求提供急诊诊断证明； 2.意外伤害就医的可要求提供门（急）诊病历/入院记录。无第三方责任人的应填写《外伤无第三方责任承诺书》。有第三方责任人的应提供交警事故认定书或法院判决书或调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件，无法提供的应填写个人承诺书； 3.报销门诊费用时，若收费票据中已列有药品规格、数量、单价和金额等明细的，可不提供费用清单； 4.特殊情况可要求提供病历中的佐证资料。 | 1.《中华人民共和国社会保险法》第二十八条、第三十条； 2.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第二十条。 | 省、市、县 |
| | 21 | 住院费用报销 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医院收费票据 3.住院费用清单 4.出院记录 5.参保人银行账户信息 | 不超过30个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | | | 省、市、县 |
| 七、生育保险待遇核准支付 | 22 | 产前检查费支付 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医院收费票据 3.费用清单 4.诊断证明 5.参保人银行账户信息 | 不超过20个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.合并支付的一次性提供材料； 2.门诊就医的提供诊断证明，住院就医的提供出院记录； 3.特殊情况可要求提供病历中的佐证资料； 4.财政供养单位的非财政供养人员申领生育津贴时，需单位提供承诺书。 | 1.《中华人民共和国社会保险法》第五十四条、第五十五条、第五十六条； 2.《社会保险经办条例》（国务院令第765号）第二十条； 3.《四川省医疗保障局等五部门关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的指导意见》（川医保规〔2019〕4号）。 | 省、市、县 |
| | 23 | 生育医疗费支付 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医院收费票据 3.费用清单 4.诊断证明（门诊）/出院记录（住院） 5.参保人银行账户信息 | 不超过20个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | | | 省、市、县 |
| | 24 | 计划生育医疗费支付 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.医院收费票据 3.费用清单 4.诊断证明（门诊）/出院记录（住院） 5.参保人银行账户信息 | 不超过20个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | | | 省、市、县 |
| | 25 | 生育津贴支付 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.诊断证明（门诊）/出院记录（住院） | 不超过10个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | | | 省、市、县 |
| 八、医疗救助对象待遇核准支付 | 26 | 符合资助条件的救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人缴费补贴 | 1.救助对象身份证明 2.个人缴纳基本医保参保费用有效凭证 | 不超过15个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 1.与其他费用合并支付的一次性提供材料； 2.符合救助条件但未经认定的人员，需由相关部门认定后进行报销，报销时需提供相关部门出具的认定材料（救助对象身份确认函或证明或文件等） | 1.《社会救助暂行办法》（国务院令第649号）第二十九条； 2.《财政部 民政部关于印发〈城乡医疗救助基金管理办法〉的通知》（财社〔2013〕217号）； 3.《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）。 | 县、乡（镇、街道） |
| | 27 | 医疗救助对象手工（零星）报销 | 1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡 2.经基本医保、大病保险及其他补充医疗保险报销后的医保结算单 | 不超过30个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | | | 县 |

| 主项 | 子项序号 | 子项 | 办理材料 | 办理时限 | 办理环节 | 备注 | 设定依据 | 办理层级 |
|----------------|--------------|-------------------|---|-------------------|----------------|--|--|---|
| 九、医药机构申请定点协议管理 | 28 | 医疗机构申请定点协议管理 | 1.《医疗保障定点医疗机构申请表》； 2.医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证复印件（扫描件）； 3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本； 4.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料； 5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告（以上办理材料均需加盖单位公章） | 不超过60个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等。 | 1.《中华人民共和国社会保险法》第三十一条； 2.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第七条、第八条、第九条、第十条； 3.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第六条、第七条、第八条、第九条。 | 省、市、县 |
| | 29 | 零售药店申请定点协议管理 | 1.《医疗保障定点零售药店申请表》； 2.药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件（扫描件）； 3.执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其有效劳动合同复印件（扫描件）； 4.医保专（兼）职管理人员的有效劳动合同复印件（扫描件）； 5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本； 6.与医保有关的信息系统相关材料； 7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告（以上办理材料均需加盖单位公章） | 不超过60个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 审核环节包括评估、公示、协商谈判、协议签订等。 | | 省、市、县 |
| | 30 | 定点医药机构信息变更 | 1.批准变更的文件（或证照）原件及复印件 2.《定点医药机构信息变更申请表》 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | 1.定点医药机构可通过国家医疗保障局官网“国家医保信息业务编码标准数据库动态维护”网上办理。 2.定点医药机构的名称、法定代表人等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向当地经办机构提出变更申请。 | 1.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第四十条； 2.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第三十七条。 | 省、市、县 |
| | 31 | 定点医药机构申请中止/终止协议管理 | 《定点医药机构履行协议状态变更申请表》 | 即时办结 | 申请—受理—审核—办结 | | 1.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第四十二条、第四十三条、第四十四条； 2.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第三十九条、第四十条、第四十一条。 | 省、市、县 |
| | 32 | 定点医药机构申请恢复协议管理 | 《定点医药机构履行协议状态变更申请表》 | 不超过10个工作日 | 申请—受理—审核—办结 | 医药机构中止协议期间证照信息发生变更的，定点医疗机构应提供医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证照正、副本，定点零售药店应提供药品经营许可证和营业执照正、副本。 | 1.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第四十二条； 2.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第三十九条。 | 省、市、县 |
| | 十、定点医药机构费用结算 | 33 | 基本医疗保险定点医疗机构费用结算 | 《定点医药机构医保费用结算申请单》 | 不超过30个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 鼓励各地与定点医药机构通过四川省医疗保障信息平台直接线上结算。 | 1.《中华人民共和国社会保险法》第二十九条； 2.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第三十条； 3.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）第二十九条。 |
| 34 | | 基本医疗保险定点零售药店费用结算 | 《定点医药机构医保费用结算申请单》 | 不超过30个工作日 | 申请—受理—审核—拨付—办结 | 省、市、县 | | |

说明：清单内容根据医保政策变化等进行动态调整。

四川省医疗保障经办政务服务事项清单参考样表

表 2

职工基本医疗保险参保登记表

单位名称（盖章）：

单位编码：

灵活就业人员

| 序号 | 姓名 | 证件类型 | 身份证件号码 | 险种 | | | | 变更类别 | | | | | 起始时间 | 手机号码 | 备注 |
|----|----|------|--------|------------|----------|------------|----|------|----|----|----|-------|------|------|----|
| | | | | 基本医 疗保险 | 生育 保险 | 补充医 疗保险 | 其它 | 增加 | 暂停 | 终止 | 恢复 | 在职转退休 | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：

联系电话：

经办机构经办人：

年 月 日

表 4

基本医疗保险参保单位信息变更登记表

单位名称及编码（盖章）：

填报日期：

| 原登记事项 | | 变更事项 | | |
|----------------|--------------------------------|-------|--------|--|
| 单位名称： | | 单位名称： | | |
| 地址： | | 地址： | | |
| 单位类型： | | 单位类型： | | |
| 法定代表人 (负责人) | 姓名 | | 姓名 | |
| | 身份证件号码 | | 身份证件号码 | |
| | 联系电话 | | 联系电话 | |
| 单位经办人 | 姓名 | | 姓名 | |
| | 联系电话 | | 联系电话 | |
| 开户银行及 账号 | 开户银行 | | 开户银行 | |
| | 户名 | | 户名 | |
| | 账号 | | 账号 | |
| 其他 | | | | |
| 备注 | | | | |
| 经办机构审核意见 | 经办人：_____ （受理单位盖章） 年 月 日 | | | |

表 5

基本医疗保险职工参保信息变更登记表

单位名称(盖章):

单位编码:

联系电话:

年 月 日

| 序号 | 姓名 | 证件类型 | 身份证件号码 | 变更项目 | 变更前 | 变更后 | 参保人签字 | 备注 |
|---------------|----|------|--------|------|--------|-----|-------|----|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 单位经办人 (签章) | | | | | 经办机构意见 | | | |

备注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位信息

表 6

基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表

填报人：

联系电话：

年 月 日

| 序号 | 姓名 | 证件类型 | 身份证件号码 | 变更项目 | 变更前 | 变更后 | 参保人签字 | 备注 |
|--------|----|--|--------|------|-----|-----|-------|----|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 经办机构意见 | | 经办人： <p style="text-align: right;">(受理单位盖章) 年 月 日</p> | | | | | | |

表 7

基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

支取人签字:

年 月 日

| 参保人基本情况 | | | | | |
|--|--|--------|--|------|--|
| 姓名 | | 身份证件号码 | | | |
| 支取原因 | <input type="checkbox"/> 出国（境）定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | |
| 工作单位 | | | | | |
| 开户银行 | | | | | |
| 账号 | | | | | |
| 继承人（代表人）基本情况 | | | | | |
| 姓名 | | 与参保人关系 | | | |
| 身份证件号码 | | 联系电话 | | | |
| 常住地址 | | 工作单位 | | | |
| 开户银行 | | | | | |
| 账号 | | | | | |
| <p>经协商，由_____代表全部继承人办理支取业务，有关款项汇入_____名下银行账户，分配事宜自行解决，由此产生的法律纠纷由代表人自行负责。</p> <p style="text-align: right;">签字: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | | | |
| 被委托人基本情况（如无被委托人，无需填写） | | | | | |
| 姓名 | | 身份证件号码 | | 联系电话 | |
| 备注 | | | | | |

表 8

____市（州）异地就医登记备案表

| | | | | | |
|---|---|----|---------------|----------|--------------------|
| 姓名 | | 性别 | | 险种 | 1. 职工医保 2. 居民医保 |
| 人员类别 | 1. 异地安置退休人员 2. 异地长期居住人员 3. 常驻异地工作人员 4. 异地转诊人员 5. 其他临时外出就医人员 | | 登记类别 | 新增 变更 | |
| 身份证件号码 | | | | | |
| 参保地 | | | 异地联系地址 | | |
| 联系电话 1 | | | 联系电话 2 | | |
| 转往省 (市、区) | | | 转往地区 (市、州) | | |
| <p>温馨提示</p> <p>1. 跨省和省内异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定、参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。</p> <p>2. 办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人员根据病情、居住地、交通等情况，自主选择就医地开通的联网定点医疗机构住院就医。门诊就医时按照参保地异地就医管理规定选择异地联网定点医药机构就医购药。</p> <p>3. 到海南、西藏等省级统筹的省份和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省份和新疆生产建设兵团。</p> <p>4. 异地急诊抢救人员视同已备案。</p> <p>5. 未按规定申请办理登记备案手续，或在就医地非异地联网定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地规定执行。</p> <p>6. 异地转诊人员只需备案到转诊医疗机构所在地市、直辖市、省级统筹的省份和新疆生产建设兵团。</p> | | | | | |
| 本人 (被委托人) 签名 | | | 填表日期 | | |

经办机构：

联系电话：

经办人：

经办日期：

表 9

基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

| | | | | | |
|--|--|-----|--|------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 联系电话 | |
| 身份证件 号码 | | 参保地 | | 就医地 | |
| 人员类别 | <input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊就医人员 <input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员 | | | | |
| 参保地异地就医备案告知书（内容由参保地经办机构填写） 跨省异地就医参保地政策： 省内异地就医参保地政策： 其他需告知内容： | | | | | |
| 承诺事项： 本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。 <div style="text-align: right;"> 承诺人（签名、指印）： 年 月 日 </div> | | | | | |
| 说明 | 本表由参保人员填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。 | | | | |

表 10

门诊慢特病病种待遇认定申请表

| | | | | | | |
|--|---|----|--|---|--|--|
| 姓名 | | 性别 | | 年龄 | | <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 |
| 身份证 件号码 | | | | 联系电话 | | |
| 选择定 点医院 | | | | | | |
| 申请认定的 病种名称 | | | | | | |
| 申请人签名： | | | | 申请时间： 年 月 日 | | |
| 认 定 结 果 | | | | | | |
| 认定通过的病种（符合诊断标准项目）： 认定医师签名： 认定时间： （认定医疗机构盖章） | | | | 认定通过的病种（符合诊断标准项目）： 医保经办机构经办人签名： 认定时间： （医保经办机构盖章） | | |
| 备注 | 1. 鼓励各地将门诊慢特病病种待遇认定下沉到符合要求的定点医疗机构办理； 2. 在定点医疗机构认定的，由认定医师填写认定结果；在医保经办机构认定的，由医保经办机构的经办人填写认定结果。 | | | | | |

表 11

基本医疗保险单行支付和高值药品病种认定表

| | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|------|------------|---------------|--|---------------------------|--|----|--|
| 基本信息 | 患者姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 身高 | | 体重 | |
| | 身份证号码 | | | | 单位名称 | | | | | |
| | 认定机构名称 | | | | 患者参保地 | | | | | |
| | 申请认定的病种: | | | | | | | | | |
| 认定机构意见 | 认定通过的病种: | | | | | | 认定医生: | | | |
| | 认定生效时间: 年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | |
| | 建议治疗方案 | | | | 填写说明 | | (认定机构盖章) 年 月 日 | | | |
| | 药品通用名 | | | | | | | | | |
| | 药品商品名 | | | | | | | | | |
| | 剂量 | | | | 单次用药剂量 | | | | | |
| | 频次 | | | | 如: 每日一次、每周两次等 | | | | | |
| 给药途径 | | | | 如: 口服、静脉注射 | | | | | | |
| 办理说明 | <p>1.通过病种认定的参保人员,应及时到治疗机构申请治疗,病种认定信息长期有效,治疗期间需要更换药品的,应重新申请病种认定;</p> <p>2.治疗期间因病情变化调整用药量的,需将调整原因和相关佐证资料上传特药系统;</p> <p>3.此表需具有认定资格的医师填写,可打印(或复印)给参保人员留存。</p> | | | | | | | | | |
| 患者签名 | | | 联系电话 | | | | 联系地址 | | | |

表 12

个人承诺书

本人_____（身份证件号码：_____），办
理_____业务。因个人原因无法提
供_____（填写办理材料名称），本
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本人承担。

联系电话：

通讯地址：

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

表 13

外伤无第三方责任承诺书

| | | | |
|--|----------|------|--|
| 承诺人 | | 联系电话 | |
| 证件类型 | | 证件号码 | |
| 承诺事项 | 外伤无第三方责任 | | |
| <p>承诺内容：</p> <p>本人同意授权_____医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；同意_____医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：</p> <p>本人于_____年_____月_____日_____时在_____（地点）发生（外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。</p> <p>温馨提示：</p> <p>1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。</p> <p>2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">承诺人（签名）：</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">日期： 年 月 日</p> | | | |

表 14

医疗保障定点医疗机构申请表

申请单位: _____

申请时间: 年 月 日

填写说明

一、本表采用打印版，要求内容真实。

二、“申请业务内容”一栏是指开展“门诊”、“住院”。

三、“医保职能部门”一栏是指医疗机构内部设立或指定的负责医疗保障业务管理的部门。

医疗保障定点医疗机构申请表

| | | | |
|-----------------------|---|-------------------|--------------|
| 医疗机构名称 | | 医疗机构地址 | |
| 统一社会信用代码 | | 所有制形式 | |
| 执业许可证号 | | 主管部门 | |
| 经营性质 | | 正式运营时间 | |
| 批准床位数 | | 经营面积 | |
| 基本账户开户银行及账号 | | 医疗机构等级 | |
| 法定代表人 | | 联系电话 | |
| | 身份证号码: | | |
| 实际控制人 (主要负责人) | | 联系电话 | |
| | 身份证号码: | | |
| 主管医保工作负责人 | | 联系电话 | |
| 医保职能部门联系人 | | 联系电话 | |
| 在职职工人数 | | 在本单位购买社保、 医保人数 | |
| 申请业务内容 | <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院 | | |
| 卫技人员汇总情况 (以注册人员为准) | | 人数 | 第一注册地在本机构的人数 |
| | 医 生 | | |
| | 护 士 | | |
| | 医 技 | | |
| | 药 师 | | |
| | 合 计 | | |

| 科室设置、医护人员 (以注册人员为准)、 病床数情况 | 科室 | 住院 开放床位数 | 医生人数(其 中第一注册地 在本医疗机构 的人数) | 护士人数 | 其他 |
|----------------------------------|--|-------------|------------------------------------|------|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 申请承诺 | <p>本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。</p> <p>本机构已认真阅读国家医疗保障局令第2号申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形；已认真阅读xxx医疗保障定点医疗机构协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议各项管理规定。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人签字: 单位盖章</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> | | | | |
| 联系人 | | | 联系电话 | | |

风险提示：申请定点的医疗机构有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。

表 15

医疗保障定点零售药店申请表

申请单位：_____

申请时间： 年 月 日

填写说明

- 一、本表采用打印版，要求内容真实。
- 二、劳动合同有效时限填写劳动合同签订日期及合同期限。

医疗保障定点零售药店申请表

| | | | | | | | | |
|------------|--------|----|----|-------------|--|------|-----|----------|
| 药店名称 | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | | | 药品经营许可证号 | | | | |
| 所有制形式 | | | | 药店性质 | 直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> | | | |
| 企业负责人 | | | | 联系电话 | | | | |
| | 身份证号码: | | | | | | | |
| 实际控制人 | | | | 联系电话 | | | | |
| | 身份证号码: | | | | | | | |
| 法定代表人 | | | | 是否独立法人 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | | | |
| | 身份证号码: | | | | | | | |
| 医保管理工作负责人 | | | | 联系电话 | | | | |
| 医保管理工作专职人数 | | | | 医保管理工作兼职人数 | | | | |
| 药店地址 | | | | | | | | |
| 营业面积 | 平方米 | | | 基本账户开户银行及账号 | | | | |
| 药师配置情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 技术资格 | 发证日期 | 证书编号 | 注册地 | 劳动合同有效时限 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | |
|----------|--|--------|-------|----------|
| 医保管理人员 | 姓名 | 身份证号 | 专(兼)职 | 劳动合同有效时限 |
| | | | | |
| | | | | |
| 药店许可经营范围 | | | | |
| 上级公司名称 | | 上级公司地址 | | |
| 申请承诺 | <p>本单位自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本单位将承担由此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。</p> <p>本单位已认真阅读国家医疗保障局令第3号申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读xxx医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在申请纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。</p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人（负责人）签字： （单位公章） </p> <p style="text-align: center;"> 年 月 日 </p> | | | |
| 联系人 | | 联系电话 | | |

风险提示：申请定点的零售药店有可能存在前期经费投入，当评估不合格时可能会产生经济损失。

表 16

定点医药机构信息变更申请表

单位名称及医保编码（公章）：

申请时间： 年 月 日

| 变更事项 | 变更前 | 变更后 |
|-----------------------|--|-----|
| 定点医药机构名称 | | |
| 法定代表人 | | |
| 主要负责人和 (或实际控制人) | | |
| 注册地址 | | |
| 开户银行及账号 | | |
| 医疗机构诊疗科目/ 药店许可经营范围 | | |
| 机构性质 | | |
| 医疗机构等级 | | |
| 医药机构类别 | | |
| 定点医药机构医保部门 联系人及电话 | | |
| 其他 | | |
| | | |
| 定点医药机构经办人姓名及联系电话： | | |
| 医保经办机构 审核意见 | 经办人： （受理部门盖章） 年 月 日 | |

表 17

定点医药机构协议履行状态变更申请表

单位名称（公章）：

填表时间：

| | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| 医药机构名称 | | |
| 统一社会信用代码 | | |
| 医药机构医保编码 | | |
| 协议履行状态变更类型 | | |
| <input type="checkbox"/> 中止协议 | 中止协议 起止时间 | 年 月 日至 年 月 日 |
| | 中止原因 | |
| <input type="checkbox"/> 终止协议 | 终止协议 起始时间 | 年 月 日起 |
| | 终止原因 | |
| <input type="checkbox"/> 恢复协议 | 恢复协议 起始时间 | 年 月 日起 |
| 定点医药机构 经办人 | 姓名 | |
| | 联系电话 | |
| 医保经办机构 审核意见 | 经办人： _____ （受理部门盖章） _____ 年 月 日 | |

重要提示：按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）规定：定点医药机构中止医保协议时间原则上不得超过180日，超过180日未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

表 18：定点医药机构医保费用结算申请表

金额：元

| | | | | | | | | |
|--------|--------|--------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------|----------------|--------------|--------------|
| 医药机构编码 | | | | 医药机构名称 (盖章) | | | | |
| 清算分中心 | | | | 结算申请 流水号 | | | | |
| 结算开始时间 | | | 结算结束时间 | | | 结算笔数 | | |
| 结算类别 | 医药费用总额 | 医保基金支 付总额 | 基本医疗（生 育）保险基金 支付金额 | 职工大额医疗 费用补助/城乡 居民大病保险 基金支付金额 | 医疗救助 资金支付 金额 | 补充医保基 金支付金额 | 其他基金支 付金额 | 个人账户支 付金额 |
| 职工医保 | | | | | | | | |
| 城乡居民医保 | | | | | | | | |
| 结算申请人 | | | | 结算申请时间 | | | | |