

附件 2

**四川省医疗保障经办政务服务事项清单
参 考 样 表**

附表 1

基本医疗保险单位参保信息登记表

<input type="checkbox"/> 新参保登记 <input type="checkbox"/> 暂停登记 <input type="checkbox"/> 注销登记 <input type="checkbox"/> 拆分 <input type="checkbox"/> 合并 <input type="checkbox"/> 分立						
单位名称						
现统一社会信用代码		原统一社会信用代码				
通讯地址						
单位性质		<input type="checkbox"/> 行政机关 <input type="checkbox"/> 事业 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他-----				
法定代表人		姓名		联系电话		
		身份证件号码				
开户银行		户名				
银行账号						
经办人员		姓名		所在部门		
		手机号码		联系电话		
参保险种		<input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他(-----)			参保起始时间	
机关事业单位及社会团体填报以下信息						
经费来源		主管部门				
最新核编人数(含纪检、军转)				退休人数		
机关在编人数		公务员人数		后勤服务人数		
参公在编人数		事业在编人数		非编制聘用人数		
单位声明		本单位依法申请医疗保险登记, 承诺填报信息真实、准确、完整, 请予办理。 <div style="text-align: right;">单位(盖章) 年 月 日</div>				
经办机构意见		<input type="checkbox"/> 经审核, 申报单位不符合参保登记办理条件。 经审核, 同意申报单位办理以下医疗保险登记: <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他()				
		经办人签字: _____ 经办机构(盖章) _____ 年 月 日 经审核, 申报单位不符合以下登记办理条件: <input type="checkbox"/> 暂停登记 <input type="checkbox"/> 注销登记 <input type="checkbox"/> 拆分 <input type="checkbox"/> 合并 <input type="checkbox"/> 分立 经审核, 同意申报单位办理以下登记: <input type="checkbox"/> 暂停登记 <input type="checkbox"/> 注销登记 <input type="checkbox"/> 拆分 <input type="checkbox"/> 合并 <input type="checkbox"/> 分立 经办人签字: _____ 经办机构(盖章) _____ 年 月 日				

附表 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	身份证件类型	身份证件号码	申报工资 (元/月)	缴费 起始 时间	险种				变更类别							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	减 少	暂 停	中 断	终 止	恢 复	在 职 转 退 休		
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		

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

附表 3

城乡居民基本医疗保险参保登记表

姓名	身份证件类型				
身份证件号码					
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月	手机号码	
户籍所在地 (居住证登记地)	省 市	区县(市)	街道(乡镇)	社区(村) 路(组) 号	
通讯(常住) 地址	区县(市)	街道(乡镇)	社区(村)	路(组) 号	
申请人身份	<input type="checkbox"/> 新生儿 <input type="checkbox"/> 儿童、中小学 <input type="checkbox"/> 在校大中专、职高、 技校学生 <input type="checkbox"/> 成年人 <input type="checkbox"/> 其它(-----)				
财政补助对象	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困 <input type="checkbox"/> 低收入 <input type="checkbox"/> 优抚对象 <input type="checkbox"/> 重残 <input type="checkbox"/> 其它(-----)				
申请人 或监护人	以上信息填报真实,现申请参加城乡居民医保,并已了解 城乡居民基本医保费征收部门和缴费方式,以及每年规定的缴 费时间。 (签字) _____ 年 月 日				
收件审核	<input type="checkbox"/> 经审核,符合城乡居民医保参保规定。 <input type="checkbox"/> 经审核,不符合城乡居民医保参保规定。 经办人: _____ (受理单位盖章) 年 月 日				

附表 4

基本医疗保险参保单位信息变更登记表

单位编码:

填报日期:

原登记事项			变更事项		
单位名称			单位名称		
住所(地址)			住所(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		
缴费 单位 经办人	姓名		姓名		
	联系电话		联系电话		
开户 银行	账号		账号		
	开户行		开户行		
其他					
备注					
经办机构 审核意见	经办人: _____ (受理单位盖章) 年 月 日				

附表 5

基本医疗保险职工参保信息变更登记表

单位名称: _____ 单位编码: _____ 联系电话: _____ 关键信息 非关键信息 年 月 日

序号	身份证件号码	姓名	变更项目	变更前	变更后	签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
单位经办人 (签章)		单位意见 (盖章)		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

附表 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: _____ 关键信息 非关键信息 年 月 日

序号	身份证件号码	姓名	变更项目	变更前	变更后	签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
经办机构 意见	经办人: _____ (受理单位盖章) 年 月 日						

附表 7

职工基本医疗保险缴费基数申报表

填报单位（签章）：

单位编码：

姓名	身份证件号码	申报基数	姓名	身份证件号码	申报基数

填表说明： 此表加盖单位公章。

单位经办人：

联系电话：

填表日期：

附表 8

职工基本医疗保险个人账户支取（划转）申请表

支取人签字： 支取 划转 年 月 日

参保人基本情况					
姓名		身份证件号码			
支取（划转）原因	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 跨省异地长期备案 <input type="checkbox"/> 其他				
工作单位					
账户号码					
开户行					
因死亡或出国定居支取填写	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		
	账户号码				
	开户行				
	经协商，由-----代表全部继承人办理支取业务，有关款项汇入其名下银行账户，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。 <div style="text-align: right;">签字： 年 月 日</div>				
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	划转原因为跨省异地长期备案的，个人账户资金划转至本人社会保障卡金融账户。				

附表 9

基本医疗保险参保凭证

凭证号: (省份)(统筹区)(年份)(第 XXXXX 号)

生成日期: 年 月 日

基本信息				
参保人	姓名		身份证件号码	
	户籍所在地			户籍类型
参保信息				
基本医疗保险类型			转出地	
参保时间	起: 年 月	其中累计实际缴费月数	月	
	止: 年 月			
个人账户余额	(大写)	(小写)¥		
转出地医疗保险经办机构信息				
机构名称	(盖章)			
地址				
行政区划代码		邮政编码		
联系人		联系电话		

注意事项

1. 本凭证是国家根据有关规定制发,是参保的权益记录以及申请办理基本医疗保险关系转移接续的重要凭证,请妥善保管。
2. 跨统筹区流动就业人员,有接收单位的,将此凭证交由单位按照规定办理参保手续。
3. 其他跨统筹地区流动就业人员,应携带此凭证及有效证件在 3 个月内到指定办理机构办理相关登记手续。
4. 本凭证如不慎遗失,请与出具此凭证的医疗保障经办机构联系,申请补办。

附表 10

基本医疗保险关系转移接续申请表

编号: (省份)(统筹区)(年份)(第 XXXXX 号)

参保人员信息					
姓名		性别		年龄	
身份证件号码			联系电话		
户籍地址				户籍类型	<input type="checkbox"/> 居民
					<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业
					<input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍
联系地址				邮政编码	
现参加的基本医疗保险类型	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 其他(请说明)				
转出地医疗保障经办机构信息					
机构名称			联系电话		行政区划代码
机构地址				邮政编码	
申请人信息(若参保人办理,则不需填写)					
姓名		身份证件号码		参保人关系	
联系地址				联系电话	
				邮政编码	

申请人(签字):

申请时间: 年 月 日

附表 11

基本医疗保险关系转移接续联系函

(此表由转入地医疗保障经办机构填写并提供给转出地医疗保障经办机构)

编号: (省份)(统筹区)(年份)(第 XXXXX 号)

转出地医疗保障经办机构名称: _____

原在你处的参保人员, 因流动就业等原因, 现申请将其基本医疗保险关系转移至我处。若无不妥, 请按相关规定办理转移手续。

参保人员信息						
姓名		性别		年龄		联系电话
身份证件号码		户籍类型	<input type="checkbox"/> 居民			
			<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业			
			<input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍			
是否需要转移个人账户	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
现参加的基本医疗保险类型	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 其他(请说明)					
转入地医疗保障经办机构信息						
开户全称				开户银行行号		
开户银行				银行账号		
机构地址				邮政编码		行政区划代码

经办人(签章): _____

联系电话: _____

转入地医疗保障经办机构名称(章): _____

日期: 年 月 日

附表 12

参保人员基本医疗保险信息表

(此表由转出地医疗保障经办机构提供给转入地医疗保障经办机构)

参保人员姓名:

身份证件号:

性别:

序号	时间 自 年 月至 年 月	基本医疗保险类型	参保缴费月数 小计	统筹地区经办机构名称	统筹地区经办机构行政 区划代码	备注
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
...						
基本医疗保险个人账户实际转出金额			大写		小写	¥

经办人(签章):

联系电话:

医疗保障经办机构(章):

日期: 年 月 日

附表 13

异地就医备案登记表

姓 名		性 别		险种	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
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"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊人员 <input type="checkbox"/> 其他：		登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更	
身份证件号码					
参保地 联系地址			就医地 联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省 (市、区)		地区 (市、州)		县(区)	
温馨提示 1. 跨省异地就医执行就医地目录、参保地起付线、封顶线及支付比例。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属正常现象。 2. 办理备案时直接备案到就医地市或省份。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跨省定点医疗机构住院治疗。 3. 到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆生产建设兵团就医，备案到就医省份即可。 4. 未按规定办理登记备案手续，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地现有规定办理。					
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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：

附表 14

四川省省内异地就医外伤入院登记表

患者姓名		性别		年龄		联系电话	
家庭住址或 工作单位			社会保障号码			住院号	
入院时间			入院诊断				
就医医院				医保关系所在地 (区、县)			
外伤发生的时间、地点、原因							
陈述人: _____ 与患者关系: _____ 填表人: _____ 患者签名(手印): _____							
对下列事项进行确认(在“是”或“否”对应的括号内划√)							
一、是否有责任方				是() 否()			
二、是否对赔偿事宜进行协商				是() 否()			
三、是否得到相应赔偿				是() 否()			
四、是否在工作时间发生外伤				是() 否()			
五、是否在工作场所发生外伤				是() 否()			
六、是否因工作原因受到伤害				是() 否()			
现承诺: 此表填写内容完全属实, 如有虚假陈述或弄虚作假行为, 本人愿意退还医疗保险拨付款项以及承担由此产生的一切法律责任和后果。如需询问或调查相关情况或提供证明材料, 本人愿意积极配合。(由承诺人抄写一遍)							
承诺人(手印): _____ 与患者关系: _____ 日期: _____							
患者社会保障卡、身份证复印件粘贴栏							
陈述人、承诺人身份证复印件粘贴栏							

备注:

1. 此表应逐一、认真填写, 必须实事求是, 不得编造、隐瞒; 此表由就诊医疗机构提供, 原件交就医地医保经办机构保存, 扫描件或传真件由参保地经办机构留存备查;
2. 由就医科室提供病历首页、相关检查报告资料, 如有 120 接诊记录, 提供 120 接诊记录表, 同此表一起扫描或传真至参保地医保经办机构登记;
3. 陈旧性外伤入院所发生的医疗费用需报销时, 须提供首次入院记录和出院结算单, 无法提供报销凭证的, 其医疗费用不纳入联网即时结算;
4. 承诺人必须具有民事行为能力, 如陈述人、承诺人非患者本人, 须提供其身份证复印件及联系电话, 并注明与患者关系;
5. 如填写内容超出表格, 增加附页填写。

附表 15

门诊慢特病病种待遇认定申请表

认定机构名称 (盖章):

年 月 日

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						
申报病 种名称						
申请人签 名						
申报病种 情况 (符 合诊断标 准项目)	认定医师签名: 年 月 日					
认定医疗 机构意见						
审批意见	经办人: 年 月 日					
备注						

附表 16

城乡居民基本医疗保险高血压糖尿病门诊认定申请表

认定机构名称 (盖章):

年 月 日

姓名		性别		年龄	
身份证 件号码				联系电话	
选择定 点医院					
申报病 种名称					
申请人签 名					
申报病种 情况 (符 合诊断标 准项目)	<p style="text-align: right;">认定医师签名: 年 月 日</p>				
认定医疗 机构意见					
审批意见	<p style="text-align: right;">经办人: 年 月 日</p>				
备注					

附表 19

医疗救助申请卡

申请人基本情况	姓名		性别		年龄		身份证件号码	
	家庭住址				村(社区)		联系电话	
申请救助对象类别	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困供养人员 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 低收入对象 <input type="checkbox"/> 其他: -----							
申请原因								
申请人授权	现授权-----到-----调查本人及家庭成员经济状况, 请以上部门和机构予以配合并向被授权单位提供相关信息, 以上部门和机构提供的本人及家庭成员经济状况, 本人予以认可。 授权人: _____ 年 月 日							
民政部门意见								
经办机构意见								
备注								

申请人:

年 月 日

附表 20

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 ----- 证明，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

附表 21

定点医疗机构协议管理申请表

单位名称		统一社会信用代码	
单位地址			
法人代表	电话		身份证号码
主要负责人	电话		身份证号码
联系人	电话		所有制形式
批准床位数	经营模式		经营面积
机构类别	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 门诊部 <input type="checkbox"/> 诊所 <input type="checkbox"/> 村卫生室		
基本账户开户银行			基本账户 账号
医疗机构执业许可证号			医疗机构收 费级别
法定代表人签字: _____ 单位盖章: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> _____ 年 月 日 _____ 年 月 日 </div>			

附表 22

定点零售药店协议管理申请表

单位名称				统一社会信用代码	
单位地址					
法人代表		电话		身份证号码	
主要负责人		电话		身份证号码	
联系人		电话		所有制形式	
经营模式				经营面积	
基本账户开户银行				基本账户 账号	
零售药店药品经营许可证号					
法定代表人签字:		单位盖章:			
年 月 日		年 月 日			

附表 23

定点医药机构接入异地就医即时结算 省级/国家平台申请表

医药机构基本情况	所在市(州)		医药机构名称	
	医药机构编码		医疗机构级别	<input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 无等级
	医药机构行政管辖	<input type="checkbox"/> 省管 <input type="checkbox"/> 市(州)管 <input type="checkbox"/> 县区管 <input type="checkbox"/> 其他		
	本地医保定点时间		医药机构类别	<input type="checkbox"/> 综合医院 <input type="checkbox"/> 专科医院 <input type="checkbox"/> 门诊部 <input type="checkbox"/> 诊所 <input type="checkbox"/> 零售药店 <input type="checkbox"/> 其他
	执业地址			
	联系人		联系电话	
申请开通类别		<input type="checkbox"/> 普通门诊 <input type="checkbox"/> 门诊特殊疾病 <input type="checkbox"/> 公务员门诊 <input type="checkbox"/> 普通住院 <input type="checkbox"/> 药店购药 <input type="checkbox"/> 其他		
		<input type="checkbox"/> 省内异地 <input type="checkbox"/> 跨省异地		
技术准备情况	医保目录对码是否符合要求		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他	
	HIS 接口适应性整改是否符合要求		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他	
	社会保障卡用卡环境是否符合要求		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他需要说明的情况			
市(州)医保局意见	签字 _____ (盖章) 日期 _____ 年 月 日			
省医保局意见	签字 _____ (盖章) 日期 _____ 年 月 日			

附表 24

定点医疗机构医疗保障结算申报表

结算类别：职工住院费用 职工普通门诊 职工门特门慢 城乡居民住院费用 城乡居民门诊统筹 城乡居民门特门慢 城乡居民“两病” 生育保险 其他.....

定点医疗机构名称			结算起止时间						经办机构名称									
定点医疗机构编码			申请结算日期						结算申请流水号									
参保人所属地医保局	结算人次	总医疗费用	基本医疗保险基金		补充医疗基金		大病保险基金		医疗救助资金		个人账户		其他 1		其他 2		其他 3	
			人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额
合计																		

结算申请人:

打印时间:

附表 25

定点零售药店医疗保障结算申报表

结算类别：职工个人账户 职工门特门慢 城乡居民门诊统筹 城乡居民门特门慢 单行支付 其他...

定点零售药店名称		结算起止时间		经办机构名称														
定点零售药店编码		申请结算日期		结算申请流水号														
参保人所属地 医保局	结算人次	总医疗费用	基本医疗保险基金		补充医疗基金		大病保险基金		医疗救助资金		个人账户		其他 1		其他 2		其他 3	
			人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额	人次	金额
合计																		

结算申请人:

打印时间:

附表 26

异地就医联网结算费用拨付申请表

医疗机构/零售药店编码:

结算时间: 至

医疗机构/零售药店名称(加盖公章):

单位: 元

就医类别	就医人次	费用总额	申请拨付金额	备注
合计人民币(大写)				

经办人:

申请结算时间: