

附件 2

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 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 | 省 市 县(区、市) 乡镇(街道) 村(社区) 组(路) 号 | | | | |
| 通讯(常住) 地址 | 省 市 县(区、市) 乡镇(街道) 村(社区) 组(路) 号 | | | | |
| 人员类别 | <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"/> 其他() | | | | |
| 医疗救助对象 | <input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 防止返贫监测对象 <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭中的大病患者(因病致贫重病患者) <input type="checkbox"/> 其他() | | | | |
| 业务类型 | <input type="checkbox"/> 新参保 <input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 终止 <input type="checkbox"/> 恢复 | | | | |
| 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 | | | | |

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： <div style="float: right; margin-top: 20px;"> (受理单位盖章) 年 月 日 </div> | | | | | | |

表 7

职工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"/> 临时外出就医人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊就医人员 <input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员 | | | | |
| <p>参保地异地就医备案告知书（内容由参保地经办机构填写）</p> <p>跨省异地就医参保地政策：</p> <p>省内异地就医参保地政策：</p> <p>其他需告知内容：</p> | | | | | |
| <p>承诺事项：</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">承诺人（签名、指印）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | | | |
| 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 | 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; 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; 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。 | | | | | | | | | |
| 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

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。

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 | | |

表 15

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。

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 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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 | | | | |