

长治市医疗保障局文件

长医保发〔2024〕9号

长治市医疗保障局 关于印发《长治市医疗保障经办政务服务 事项清单（2024版）》的通知

各县、区医保局，市医保中心：

为深化医保“放管服效”改革，大力推进医疗保障经办政务服务事项规范化、标准化，现根据《山西省医疗保障经办政务服务事项清单（2023版）》要求，结合我市实际，研究制订了《长治市医疗保障经办政务服务事项清单（2024版）》，现下发给你

们，请结合工作实际，认真贯彻落实。

- 附件：1.《长治市医疗保障经办政务服务事项清单(2024 版)》
2.《长治市医疗保障经办政务服务事项清单(2024 版)》
参考样表



(此件主动公开)

长治市医疗保障经办政务服务事项清单（2024版）

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	00203600100Y	1	单位参保登记	002036001001	1.《统一社会信用代码证书》、单位批准成立（注销）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5个工作日	申请—受理—审核—办结	1.参保登记：机关事业单位、事业单位、企业、社会团体、民办非企业单位分别提供《统一社会信用代码证书》《事业单位法人证书》《营业执照副本》《社会团体法人登记证书》《民办非企业单位登记证书》复印件（加盖单位公章，下同）、单位批准成立文件； 2.拆分、合并、分立：提供以上有关证照复印件或单位拆分、合并、分立的相关文件； 3.注销登记：提供《准予注销通知书》或法院裁定单位破产等法律文书、单位主管部门批准解散、撤销、终止的有关文件。单位参保登记可以通过“山西医保公共服务网上服务大厅”，进入单位网厅办理。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第五号）第五十七条； 2.《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第二59号）第八条； 3.《社会保险经办条例》（国务院令第七65号）第六条、第十条； 4.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部、国家医保局令第四1号）第二条、第三条、第四条、第十四条； 5.《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部令第十六号）第三条、第四条； 6.关于印发《关于印发长治市城镇职工基本医疗保险参保缴费管理办法等配套文件的通知》（长人社发〔2011〕198号）。

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	00203600100Y	2	职工参保登记	002036001002	1.在职职工：《城镇职工基本医疗保险参保登记表》（含新增、暂停、终止、恢复、在职转退休）（加盖单位公章）。 2.灵活就业人员： （1）有效身份证件； （2）《城镇职工基本医疗保险参保登记表》。	在职职工不超过5个工作日；灵活就业人员即时办结	申请—受理—审核—办结	1.有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、中国护照、港澳台居民居住证、外国人永久居留证（下同）； 2.委托办理的，应提供委托人及代理人身份证件原件及授权委托书（下同）。 3.特殊人群还需提供： （1）港澳台人员参加在职职工医保的，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）外国人参加在职职工医保的，需提供外国人就业证件及居留证件，或外国人永久居留证； （3）出国定居的，需提供护照或永久居留证原件。 （4）复员转业军人新参保：需持人事档案（入伍通知书、退役登记表、安置介绍信）。 （5）在职转退休： 企业单位：《职工正常退休信息确认表》或《企业职工提前退休审批（核）表》复印件；机关事业单位及其他财政拨款单位：《山西省机关事业单位工作人员退休（职）审批表》或《公务员退休审批表》复印件。 （6）停保：由单位提交解除劳动关系、调出调令等基本人事材料。 （7）终止：派出所或医院、村社出具的销户证明、死亡证明或殡葬场出具的火化证复印件，无法提供的应填写个人承诺书。 4.参保人出现服刑、死亡等停止享受医保待遇情形后，用人单位、待遇享受人员或者其亲属应该自相关情形发生之日起，20个工作日内告知医保经办机构。 职工参保登记（含停保、续保、在职转退休）可以通过“山西医保公共服务网上服务大厅”，进入单位网厅办理。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）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、六条； 3.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部、国家医保局令 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》（人力资源和社会保障部令 第16号）第三条、第四条； 5.中共中央组织部 人力资源和社会保障部 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.《关于印发长治市城镇职工基本医疗保险市级统筹暂行办法的通知》（长政发〔2011〕57号）； 7.《关于印发长治市城镇职工基本医疗保险参保缴费管理办法等配套文件的通知》（长人社发〔2011〕198号）； 8.《关于进一步规范灵活就业就业人员参加职工医保的通知》（晋人社办发〔2017〕22号）； 9.《关于印发长治市城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知（长治市城乡居民基本医疗保险暂行办法）》（长人社发〔2017〕81号）第十六条； 10.《关于印发长治市加强和改进基本医疗保险工作实施方案的通知（长医保发〔2021〕32号）。
		3	城乡居民参保登记	002036001003	1.有效身份证件； 2.《城乡居民基本医疗保险参保登记表》（含新增、暂停、终止、恢复）。	即时办结	申请—受理—审核—办结	1.各地应积极协同推进“新生儿出生一件事”联办，方便新生儿办理城乡居民参保登记； 2.个人出现服刑、死亡等停止享受医保待遇情形后，待遇享受人员或者其亲属应该自相关情形发生之日起，20个工作日内告知医保经办机构； 3.参保人可通过“山西医保”微信公众号自助办理城乡居民参保登记。	

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
一、基本医疗保险参保和变更登记	00203600100Y	4	单位参保信息变更登记	002036001004	《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	机关单位、事业单位、企业单位、社会团体、民办非企业单位信息变更需对应携带相应资料： 1. 变更名称、法人、地址的：提供变更后的《统一社会信用代码证书》或《事业单位法人证书》或《营业执照副本》或《社会团体法人登记证书》或《民办非企业单位登记证书》复印件（加盖单位公章，下同），其中变更法人需提供新法人法人的身份证复印件； 2. 变更联系人：单位证明及变更后联系人的身份证复印件。 单位参保信息变更登记（不含统一社会信用代码变更）可以通过“山西医保公共服务网上服务大厅”，进入单位网厅办理。	1. 《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）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； 4. 《关于印发长治市城镇职工基本医疗保险参保缴费管理办法等配套文件的通知》（长人社发〔2011〕198号）； 5. 《关于印发长治市城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》（长人社发〔2017〕81号）第十六条。
		5	职工参保信息变更登记	002036001005	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、出生日期等需持本人身份证原件、复印件或公安部门出具的姓名、身份证号码变更证明原件、复印件（非公安部门原因变更的可提供单位证明）； 职工参保信息变更登记可以通过“山西医保公共服务网上服务大厅”，进入单位网厅办理。	
		6	城乡居民参保信息变更登记	002036001006	1. 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡； 2. 《基本医疗保险参保信息变更登记表》。	即时办结	申请—受理—审核—办结		

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
二、基本医疗保险参保信息查询和个人账户申领	002036 00200Y	7	参保单位信息查询	002036 002001	单位有效证明文件	即时办结	申请—受理—办结	单位有效证明文件可包括：《统一社会信用代码证书》《事业单位法人证书》《营业执照副本》《社会团体法人登记证书》《民办非企业单位登记证书》或单位出具的介绍信。可以通过“山西医保公共服务网上服务大厅”进入单位网厅查询。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第三十五号）第七十四条； 2.《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第二59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； 4.《社会保险个人权益记录管理办法》（人社部令 第 14 号）。
		8	参保人员参保信息查询	002036 002002	医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡	即时办结	申请—受理—办结	可以通过“山西医保公共服务网上服务大厅”进入单位网厅查询打印；也可以通过国家医保服务平台APP、“山西医保公众号”查询。	
		9	参保人员个人账户一次性支取	002036 002003	1.有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡； 2.《职工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.由用人单位或继承人办理参保人个人账户一次性支取提供： (1) 继承人身份证复印件； (2) 死亡证明或火化证任选其一，无法提供的应填写个人承诺书； (3) 继承人银行卡复印件（标明开户行、农商行除外）。 2.主动放弃参加职工基本医疗保险的，继承人需提供主动放弃基本医疗保险关系的情况说明。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第三十五号）第十四条； 2.《香港澳门台湾居民在内地（大陆）参加社会保险暂行办法》（人力资源和社会保障部、国家医保局令第四1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》（人力资源和社会保障部令第十六号）第五条、第六条； 4.《关于印发长治市城镇职工基本医疗保险参保缴费管理办法等配套文件的通知》（长人社发〔2011〕198号）。
三、基本医疗保险关系转移接续	002036 00300Y	10	转移接续手续办理	002036 003002	1.医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2.《基本医疗保险关系转移接续申请表》。	不超过15个工作日	申请—受理—审核—办结	1.现场办理：参保人到转入或转出地医保经办机构申请办理。转移接续申请成功受理后，转出地经办机构10个工作日内完成基本医疗保险关系转出，生成《参保人员基本医疗保险信息表》签章后上传，若个人账户有余额的，办理个人账户余额划转手续。 2.网上办理：登录山西医保公共服务网上服务大厅、“山西医保”微信公众号，按操作提示办理。	1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令第三十五号）第三十二条； 2.《社会保险经办条例》（国务院令 第 765 号）； 3.《人力资源社会保障部办公厅关于印发流动就业人员基本医疗保障关系转移接续业务经办规程的通知》人社厅发〔2016〕94号； 4.《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； 5.《国家医疗保障局办公室关于实施医保服务十六项便民措施的通知》（医保办发〔2023〕16号）。

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
四、基本医疗保险参保人员异地就医备案	002036 00400Y	11	异地安置退休人员备案	002036 004001	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 《异地就医登记备案表》； 3. 异地安置认定材料：居民户口簿（户口本首页和本人常住人口登记卡）。	即时办结	申请—受理—审核—办结	长期居住证明材料包含：公安机关出具的居住证或居（村）委会出具的居住证明等证明材料。 网上自助办理渠道：微信小程序“国家异地就医备案”、手机APP“国家医保服务平台”、微信公众号“山西医保”。	1. 《山西省人力资源和社会保障厅 财政厅关于印发〈山西省基本医疗保险异地就医直接结算实施细则（试行）〉的通知》（晋人社厅发〔2018〕60号）； 2. 《关于转发山西省医保局 山西省财政厅关于转发〈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〉的通知》（长医保发〔2022〕36号）。
		12	异地长期居住人员备案	002036 004002	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 《异地就医登记备案表》； 3. 长期居住证明材料。	即时办结	申请—受理—审核—办结		
		13	常驻异地工作人员备案	002036 004003	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 《异地就医登记备案表》； 3. 异地工作证明材料：参保地工作单位派出证明、异地工作劳动合同任选其一。	即时办结	申请—受理—审核—办结		
		14	异地转诊人员备案	002036 004004	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 具有转诊资质的定点医疗机构填写的《转外住院申请表》。	即时办结	申请—受理—审核—办结	参保人员在具备转诊资质的定点医疗机构申请办理。	
		15	其他临时外出就医人员备案	002036 004005	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 《异地就医登记备案表》。	即时办结	申请—受理—审核—办结	网上自助办理渠道：微信小程序“国家异地就医备案”、手机APP“国家医保服务平台”、微信公众号“山西医保”。	

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
五、基本医疗保险参保人医疗费用待遇核定	00203600500Y	16	基本医疗保险参保人享受门诊慢特病待遇核定	002036005001	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 《门诊慢特病待遇认定申请表》； 3. 病历资料或检查资料。	不超过20个工作日	申请—受理—审核—办结	申请本地门诊慢特病的参保人员到定点医院“一站式”办理；申请异地门诊慢特病的参保人员到参保地经办机构申请办理。	1. 《关于印发长治市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病管理办法（试行）》的通知（长医保发〔2021〕5号）； 2. 《关于印发长治市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病办理流程（试行）》的通知（长医险〔2021〕17号）； 3. 《关于印发长治市城镇职工基本医疗保险门诊慢特病管理办法（试行）》的通知（长医保发〔2022〕13号）； 4. 《长治市城镇职工基本医疗保险门诊慢性病经办规程》（长医险函〔2022〕45号）； 5. 山西省医疗保障服务中心《关于进一步规范和简化医保门诊慢性病待遇认定工作的通知》（晋医险函〔2022〕105号）； 6. 《关于转发关于进一步规范和简化医保门诊慢性病待遇认定工作的通知》的通知（长医险〔2022〕63号）。
		17	基本医疗保险参保人享受门诊特药待遇核定	002036005002	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 住院病历复印件或门诊病历原件、辅助检查（病理诊断、影像报告、特殊化验指标结果报告单）； 3. 《门诊特殊药品使用申请表》。	即时办结	申请—受理—审核—复审—办结	参保人员在符合申请资质的医疗机构申请办理。	1. 《关于使用基本医疗保险特殊药品相关问题的补充通知》（长医保函〔2022〕5号）； 2. 《长治市基本医疗保险特殊药品经办规程》（长医险〔2022〕40号）； 3. 《关于转发山西省医疗保障局办公室关于进一步完善“双通道”药品管理的通知》（长医保函〔2023〕11号）。
六、基本医疗保险参保人员医疗费用手工（零星）报销	00203600600Y	18	门诊费用报销	002036006001	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 收费票据； 3. 门诊急诊费用清单； 4. 处方底方。	不超过30个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结	1. 急诊提供急诊诊断证明原件，急诊死亡的需提供死亡证或火化证复印件； 2. 异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作人员和转诊转院人员需提供《异地就医登记备案表》或《转外住院申请表》； 3. 意外伤害就医的应提供住院病历；还应提供交通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一份，无法提供的应填写个人承诺书； 4. 住院期间放化疗的需提供住院病历和放化疗记录单原件； 5. 其他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》（主席令第三十五条）第二十八条、第三十条； 2. 《社会保险经办条例》（国务院令第七六五号）第二十条； 3. 《关于印发长治市城镇职工基本医疗保险参保缴费管理办法等配套文件的通知》（长人社发〔2011〕198号）。
		19	住院费用报销	002036006002	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 医院收费票据； 3. 住院费用汇总清单； 4. 住院记录。	不超过30个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结		

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
七、生育保险待遇核准支付	002036 00700Y	20	产前检查费支付	002036 007001	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 医院收费票据； 3. 费用清单； 4. 诊断证明。	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. 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》（主席令第三十五号）第五十四条、第五十五条； 2. 《社会保险经办条例》（国务院令 第 765 号）第二十條； 3. 《关于规范和调整生育保险待遇的通知》（长医保发〔2019〕47号）。	
		21	生育医疗费支付	002036 007002	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 医院收费票据； 3. 费用汇总清单； 4. 出院记录。	不超过20个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结		
		22	计划生育医疗费支付	002036 007003	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 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）。	不超过20个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结		
		23	生育津贴支付	002036 007004	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 诊断证明（门诊）/出院记录（住院）； 3. 《出生医学证明》复印件。	不超过10个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结		
		24	符合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	002036 008001	1. 救助对象身份证明； 2. 个人缴纳基本医疗保险费用有效凭证。	不超过15个工作日	申请—受理—审核—拨付—办结		
八、医疗救助对象待遇核准支付	002036 00800Y	25	医疗救助对象（零星）报销	002036 008002	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡； 2. 基本医保、大病保险报销后的结算单、定点医院处方下方或定点药店购药发票。	不超过30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应提供《个人家庭经济状况核查委托授权书》，由相关部门认定后报销； 3. 依申请救助等特殊情形的，可要求提供《医疗救助申请表》。	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）第八条； 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）； 4. 《关于印发长治市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施细则》的通知（长政办发〔2022〕61号）第十四至第二十二條、第三十五條、第四十二條。

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	办理材料	办理时限	办理环节	备注	设定依据
九、医疗机构申报定点协议管理	002036009001	26	医疗机构申报定点协议管理	002036009001	1.《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照复印件； 3.与医疗保障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； 6.医护人员资格证书、执业证书及复印件，《大型医用设备配置许可证》复印件； 7.房屋产权证明及房屋租赁协议及复印件（公立医院除外）。单位公章（以上办理资料均需加盖公章）	不超过90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》（主席令第三十五号）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二号）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三号）第六条、第七条、第八条、第九条； 4.《关于统一基本医疗保险定点医药机构管理的通知》（晋医保〔2017〕9号）； 5.《关于印发〈山西省医疗保障定点医疗机构准入细则（试行）〉的通知》（晋医保办发〔2021〕10号）。
		27	零售药店申报定点协议管理	002036009002	1.《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； 3.执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件； 4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件； 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； 8.房屋产权证明及房屋租赁协议及复印件。单位公章（以上办理资料均需加盖公章）	不超过90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。	

主项	主项 编码	子项 序号	子项	子项 编码	办理材料	办理 时限	办理 环节	备注	设定依据
十、定 点医药 机构费 用结算	002036 01000Y	28	基本医 疗保险 定点医 疗机构 费用结 算	002036 010001	办理材料根据定点医药机构与经办机构签订的协议执行。	不超 过30 个工 作日	申请— 受理— 审核— 拨付— 办结		1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令 第35号）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）第二十九条。
		29	基本医 疗保险 定点零 售药店 费用结 算	002036 010002		不超 过30 个工 作日	申请— 受理— 审核— 拨付— 办结		1.《中华人民共和国社会保险法》（主席令 第35号）第二十九条； 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）第三十条。

附件 2

长治市医疗保障经办政务服务事项清单
(2024 版)
参考样表

表 1：基本医疗保险单位参保信息登记表 (参考样表)

☐ 新参保登记		☐ 暂停登记		☐ 注销登记	
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					
法定代表人		姓名			联系电话
		身份证件号码			
开户银行				户名	
账号					
经办人员	姓名			所在部门	
	手机号码			联系电话	
参保险种		☐ 职工基本医疗保险 ☐ 生育保险 ☐ 补充医疗保险 ☐ 其他()			
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	
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。 单位(盖章) 年 月 日			
经办机构意见		☐ 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社会保险登记： ☐ 职工基本医疗保险 ☐ 生育保险 ☐ 补充医疗保险 ☐ 其他() 经办人签字： 经办机构(盖章) 年 月 日			

表 2：职工基本医疗保险参保登记表(参考样表)

单位名称(盖章):

单位编码:

险种:

☐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)	业务类型						手机号码	备 注
					增加	暂停	终止	恢复	在职转退休	统筹区内转移		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

注：灵活就业人员无需单位盖章和填写单位编码。

填报人：

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
(参考样表)

姓名		身份证件类型			
身份证件号码					
性别	☐ 男 ☐ 女	出生日期	年 月	联系电话	
户籍所在地 (居住证登记地)	省 市		区县(市) 乡镇(街道)	村(社区)	
通讯地址					
申请人身份	(建议列选择项打钩，如 ☐ 中小少年儿童 ☐ 大学生 ☐ 无业成年人等)				
财政补助对象	(建议列选择项打钩，如 ☐ 低保 ☐ 特困等)				
业务类型	☐ 新增 ☐ 暂停 ☐ 终止 ☐ 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，并己了解城乡居民基本医疗保险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	☐ 经审核，符合城乡居民医保参保规定。 ☐ 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
(参考样表)

单位编码：

填表日期：

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	
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	
	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(参考样表)

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	姓名	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											
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

表 6：基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表(参考样表)

填报人：		联系电话：		□关键信息		□非关键信息		年	月	日
序号	姓名	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										
经办机构意见		经办人：(受理单位盖章) 年 月 日								

表 7：职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表 (参考样表)

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	☐ 出国(境)定居		☐ 主动放弃	☐ 死亡	☐ 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					
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。 签字： 年 月 日					
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 8：参保人员基本医疗保险信息表(参考样表)

(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：		身份证件号码：			性别：	
序号	时间 自 年 月至 年 月	基本医疗保险 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	1	2	3	4	5	6
2						
3						
4						
...						
基本医疗保险个人账户实际转出资金		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

备案编号：

表 9：异地就医登记备案表(参考样表)

姓名		性别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
人员类别	☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 常驻异地工作人员 ☐ 异地转诊人员 ☐ 其他临时外出就医人员		登记类别	☐ 新增 ☐ 变更	
社会保障号码			社会保障卡卡号(可选)		
参保地 家庭地址			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)		
温馨提示 1. 跨省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。 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跨省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要求选择跨省联网定点医药机构就诊。 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。 4. 异地急诊抢救人员视同已备案。 5. 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，按参保地现有规定执行。					
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 10：门诊慢特病病种待遇认定申请表 (参考样表)

认定机构名称(盖章)：

年 月 日

姓名		性别		年龄		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
身份证件号码				联系电话		
选择定点医院				申请人签名		
申报病种名称				医保编码		
申报病种情况 (符合诊断标准项目)	医师签名： 年 月 日					
审批意见						
备 注						

表 12：个人承诺书(参考样式)

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

个人承诺书

_____医疗保险管理服务中心：

本人_____（身份证号码：_____），为
参保人_____（身份证号码：_____）的家
属，现申请办理参保人个人账户一次性支取业务，因无法提供有
效的死亡证明，特明确参保人_____的死亡日期为：_____年
_____月_____日，所述信息真实、准确、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

定点医疗机构申请表 (参考样表)

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	姓名:		联系电话:		
	身份证号码:				
实际控制人 (主要负责人)	姓名:		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			在本单位缴纳社保、 医保人数		
申请业务内容	住院☐ 门诊☐				
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

大型医疗设备信息	品种	型号及数量	购买年月	有效期
申请承诺	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。 本机构已认真阅读《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）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管理的各项要求。 法定代表人签字：_____（单位盖章） _____年 月 日			
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 14

定点零售药店申请表 (参考样表)

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				药店地址				
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 ☐ 加盟 ☐ 单体 ☐ 其他 ☐			
药店许可经营范围								
营业面积 (平方米)				基本账户 开户银行及账号				
上级公司名称				上级公司地址				
法定代表人	姓名:			联系电话:				
	身份证号码:							
是否独立法人	是 ☐ 否 ☐							
企业负责人	姓名:			联系电话:				
	身份证号码:							
实际控制人	姓名:			联系电话:				
	身份证号码:							
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				
医保管理人员	姓名	身份证号码		专(兼)职	劳动合同有效时限			

申 请 承 诺	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。 本机构已认真阅读《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）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。 法定代表人签字：_____ （单位公章） _____年 月 日		
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。

