附表1

基本医疗保险单位参保信息登记表

|  |
| --- |
| □新参保登记 □暂停登记 □注销登记 □拆分 □合并 □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 | □行政机关 □事业 □企业 □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 | □职工基本医疗保险 □生育保险□补充医疗保险 □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。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医疗保险登记：□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 |
| 经审核，申报单位不符合以下登记办理条件：□暂停登记 □注销登记 □拆分 □合并 □分立经审核，同意申报单位办理以下登记：□暂停登记 □注销登记 □拆分 □合并 □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 |  | 证件类型 |  |
| 证件号码 |  |
| 性别 | □男□女 | 出生日期 | 年 月 | 手机号码 |  |
| 户籍所在地（居住证登记地） | 省 市 县(市、区) 街道（乡镇）社区（村） 路（组） 号 |
| 通讯（常住）地址 |  县(市、区) 街道（乡镇） 社区（村） 路（组） 号 |
| 申请人身份 | □新生儿 □儿童、中小学 □在校大中专、职高、技校学生□成年人 □其它（\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
| 财政补助对象 | □低保 □特困 □低收入 □优抚对象□重残 □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 | □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 |

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：

单位名称（盖章）：

|  |  |
| --- | --- |
| 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：  |
| 序号 | 姓名 | 身份证件号码 | 申报基数（元） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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

|  |
| --- |
| 参保人员基本情况 |
| 姓名 |  | 身份证件号码 |  |
| 支取（划转）原因 | □死亡（死亡时间： 年 月 日） □出国定居 □主动放弃 □跨省异地长期备案 □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 |  | 与参保人员关系 |  |
| 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。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 | 划转原因为跨省异地长期备案的，个人账户划转至本人社会保障卡金融账户。 |

附表9

异地就医备案登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | 登记类别 | □新增□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。 |
| □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：

附表10

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”或“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 |  |
| 社会统一信用代码 |  | 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 | 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。本机构已认真阅读国家医疗保障局令第2号申请定点相关要求，不具有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。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。**

附表11

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 |  |
| 社会统一信用代码 |  | 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□ |
| 企业负责人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |
| 实际控制人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |
| 法定代表人 |  | 是否独立法人 | 是□否□ |
| 身份证号 |
| 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 | 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。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，不具有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（负责人）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。**

附表12

|  |
| --- |
| **定点医药机构月度清算申请单** |
|
| 医药机构编码: |  | 医药机构名称（盖章）： |  |
| 清算分中心名称： |  | 清算申请流水号： |  |
| 一级清算类别： |  | 清算期号： |  |
| 二级清算类别 | 人次 | 费用总额 | 基金项 | 申请拨付金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 合计 |  |  |  |  |
| 清算申请人： |  |  | 清算申请时间： |  |

附表13

门诊血透治疗机构变更申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 年 龄 | 　 |
| 个人社保编码 | 　 | 申请时间 | 年　月 日 |
| 身份证号码 |  |
| 参保所在地 |  |
| 参保险种 |  |
| 诊 断 |  |
| 现治疗机构 |  |
| 拟选择治疗机构 |  |
| 拟选择治疗机构意见 |  治疗机构签章　 |
| 变更治疗原因 | □　选择二级及以下治疗机构□ 病情加重□ 居住地址变化□ 居住地附近新开血透治疗机构□ 其他（请注明原因） |
| 是否与拟选择治疗机构签定知情同意书 | □ 是（提供知情同意书原件）□ 否 |
| 是否告知当前治疗机构 | □ 已告知 □ 未告知 |
| 申请人签字 |  年 月 日 |
| 医保经办人 签字 | 年 月 日 |

附表14

|  |
| --- |
| 参保人员个人账户一次性支取告知承诺书 |
|  |  |
| 参保人员姓名： | 身份证号： |
| 申请人：  | 身份证号：  |
| **医保经办机构告知：** |
| 一、办理个人账户一次性支取业务应填写《职工基本医疗保险个人账户支取（划转）申请表》、提供参保人员银行卡复印件。需拨付至家属银行账户的，应提供亲属关系证明、亲属银行卡复印件和身份证复印件。 |
| 二、证明设定依据：《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）。 |
| 三、告知承诺适用对象：申请人可自主选择是否采用告知承诺替代亲属关系证明。申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。 |
| **承诺内容：** |
| 本人已仔细阅读个人账户一次性支取告知事项，同意授权医保部门通过信息共享和其他核查方式查询本人办理医保业务相关的信息；本人承诺填报信息均真实、准确、完整、合法，符合办理个人账户一次性支取条件，如填报虚假、失实信息，或以任何方式瞒报、漏报，本人愿意承担一切后果。 |
| □亲属关系证明 |
| 申请人与参保人员的关系：  |
| 与参保人员关系： □本人 □代理人（勾选）联系电话： |
| 承诺日期： 年 月 日 |
| （本文书一式两份，医保经办机构与申请人各执一份。） |

附表15

|  |
| --- |
| 死亡人员全额垫付医疗费用划拨 |
| 非本人银行账户告知承诺书 |
| 参保人员姓名： | 身份证号： |
| 申请人：  | 身份证号：  |
| 医保经办机构告知： |
| 一、办理死亡人员全额垫付医疗费用报销业务应提供：医疗费用报销所需的相关资料、死亡证明、参保人员本人银行卡、参保人员和申请人有效身份证件。 |
| 二、设定依据：《中华人民共和国民法典》继承编及其司法解释。 |
| 三、告知承诺适用对象：申请人无法提供参保人员本人银行卡，自主选择是否采用告知承诺，将医保报销费用划拨至申请人银行账户。申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的材料。 |
| 承诺内容： |
| 已仔细阅读以上告知事项，本人承诺与参保人员为近亲属关系，同意授权医保部门通过信息共享和其他核查方式查询本人办理医保业务相关的信息；本人承诺填报信息均真实、准确、完整、合法，符合办理医保报销条件，如填报虚假、失实信息，或以任何方式瞒报、漏报，本人愿意承担一切后果和法律责任。 |
|  |
| 申请人与参保人员的关系：  |
|   |
| 联系电话： |
| 承诺日期： 年 月 日 |
|   |  |
| （本文书一式两份，医保经办机构与申请人各执一份。） |

附表16

|  |
| --- |
| 成都市基本医疗保险医疗费用报销承诺书 |
| 一、遵守国家、省、市关于医疗保障相关法律、法规、政策规定，充分履行相应义务；二、提供的结算资料均真实、完整、正确、有效；三、本次就诊医疗费用未通过任何途径获得医疗保险统筹基金支付；四、医疗保障相关部门对本次就诊行为、医疗费用等提出核查时，配合、协助核查工作。 |
| 如虚假承诺或以其他方式违规报销的，经核实本次就诊医疗费用不符合医疗保障相关法律、法规、政策规定，愿承担相关责任并按规定退回医疗保险统筹基金支付部分。 |
|  参保人员：  |
|  代理人：  |
|  年 月 日  |

附表17

|  |
| --- |
| 男职工配偶生育医疗费补贴告知承诺书 |
| 参保人员姓名： | 身份证号： |
| 申请人：  | 身份证号：  |
| 医保经办机构告知： |
| 男职工配偶生育医疗费补贴申领条件为：一是参加成都市生育保险的男职工按规定不间断、足额缴纳生育保险费满12个月，其配偶生育时未参加生育保险、职工基本医疗保险，或已参加生育保险、职工基本医疗保险但连续缴费不满12个月，按成都市医疗保险政策规定的生育医疗费和产检检查费标准给予一次性补贴。二是男职工配偶按其他政策规定已享受生育医疗费待遇（含产前检查费)，但未达到成都市生育保险政策规定生育医疗费和产前检查费总额的，其差额部分由职工基本医疗保险统筹基金补足。 |
| 承诺内容： |
| 已仔细阅读以上告知事项，同意授权医保部门通过信息共享和其他核查方式查询本人及配偶办理医保业务相关的信息；本人承诺填报信息均真实、准确、完整、合法，符合办理男职工配偶生育医疗费补贴条件，如填报虚假、失实信息，或以任何方式瞒报、漏报，本人愿意承担一切后果。 |
| £生育时在成都市未参加生育保险、职工基本医疗保险、城乡居民医疗保险。在户籍所在地及其他地区未参加生育保险、职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险（城乡居民医疗保险）等任何社会保险。 |
| £生育时在成都已参加生育保险或职工基本医疗保险，但未达到政策规定的缴费月数。在户籍所在地及其他地区未参加生育保险、职工基本医疗保险、城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗保险（城乡居民医疗保险）等任何社会保险。 |
| £生育时在成都未参加生育保险、职工基本医疗保险、城乡居民医疗保险。在 仅参加了 保险，由于 （原因）不符合 保险享受条件。 |
| £生育时在成都已参加生育保险或职工基本医疗保险，但未达到政策规定的缴费月数。在 仅参加了 保险，由于 原因不符合 保险享受条件。  |
| 申请人： 联系电话： |
| 承诺日期： 年 月 日 |
| （本文书一式两份，医保经办机构与申请人各执一份。） |

附表18

|  |
| --- |
| 非财政供养人员申领生育津贴告知承诺书 |
| 参保人员姓名： | 身份证号： |
| 申请单位：  | 单位编号：  |
| **医保经办机构告知：** |
| 成都市医疗保障局、成都市财政局、成都市人力资源和社会保障局、成都市卫生健康委员会、国家税务总局成都市税务局关于印发《成都市生育保险和职工基本医疗保险合并实施办法》的通知（成医保发〔2019〕30号）文件，指出**对财政供养人员，职工基本医疗保险统筹基金不支付生育津贴。** |
| **承诺内容：** |
| 已仔细阅读以上告知事项，同意授权医保部门通过信息共享和其他核查方式查询本单位及该职工办理医保业务相关的信息。 |
| 本单位职工： ，身份证号：  |
| 为单位非在编人员，非财政供养人员。 |
| **本单位承诺填报信息均真实、准确、完整、合法，符合办理生育津贴支付条件，如填报虚假、失实信息，或以任何方式瞒报、漏报，本单位愿意承担一切后果和法律责任。** |
| 单位（签章）： 经办人： 联系电话： |
| 承诺日期： 年 月 日 |

附表19

异地就医备案告知承诺书

|  |  |
| --- | --- |
| 参保人员姓名: | 身份证号: |
| 申请人: | 身份证号: |
| 医保经办机构告知:一、办理异地就医备案应提供《成都市基本医疗保险参保人员异地就医申报表》、本人和代理人有效身份证件,以及下列资料之一:1.异地安置认定材料(备案地户籍的提供本人备案地户籍证明,非备案地户籍的提供本人异地居住证明);2.异地长期居住认定材料(备案地户籍的提供本人备案地户籍证明,非备案地户籍的提供本人异地居住证明或工作证明);3.异地工作证明材料(参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明工作合同任选其一).二、证明设定依据:《四川省医疗保障局关于印发<医疗保障经办政务服务办事指南>的通知》(川医保办发〔2020〕52号)第16-21项。三、告知承诺适用对象:申请人可自主选择是否采用告知承诺替代异地安置认定、异地长期居住认定或异地工作证明等材料,申请人不愿承诺或无法承诺的,应当提交规定的证明材料。 |
| 承诺内容:本人已仔细阅读异地就医备案告知事项,同意授权医保部门通过信息共享和其他核查方式查询本人办理医保业务相关的信息;本人承诺填报信息均真实、准确、完整、合法,符合办理异地就医备案条件,如填报虚假、失实信息,或以任何方式瞒报、漏报,本人愿意承担一切后果。 |
| 本人自愿办理异地就医备案到: 省 市备案时间为: 年 月 日 |
| 申请人:□本人 口代理人(勾选) 联系电话: |
| 承诺日期: 年 月 日 |

(本文书一式两份,医保经办机构与申请人各执一份)

附表20

**参保单位退休人员基本医疗保险缴费申报表**

**单位公章： 单位编码：**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
|  医保经办机构： 我单位 年 月有 名人员达到法定退休年龄，现申请办理医疗保险待遇享受手续。依据《成都市医疗保障局关于解决部分退休人员基本医疗保险缴费年限有关问题的通知》（成医保办发〔2019〕26号）之规定：“二、参加我市城镇职工基本医疗保险的单位参保人员，退休后基本医疗保险缴费未达到我市规定年限，仍需继续缴纳基本医疗保险费的，由个人按照个体参保人员参保缴费标准继续缴费至规定年限；或在办理退休手续的同时由个人以上年度个体参保人员缴费标准一次性缴足规定年限（2009年1月前参保累计15年，2009年1月后参保累计20年，连续15年)”、“四、跨统筹地区从事生产经营活动的用人单位参保人员因工作调动医保关系跨统筹区域转移的，退休后在我市基本医疗保险缴费未达到我市规定年限、仍需继续缴纳基本医疗保险费的，可由医保关系转入单位或个人按照个体参保人员参保缴费标准一次性缴费至规定年限”。经单位与退休人员协商一致，现申请缴费方式如下： |
| **姓名** | **社会保障号码** | **退休时间** | **缴费方式** | **签字确认** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **备 注** | 1. 缴费方式可选填：①个人一次性趸缴；②单位一次性趸缴；③转个体继续缴费。2. 军龄视为医疗缴费年限，由参保地医保经办机构认定。3. 选择缴费方式后，应在当月内办理趸缴费手续或个体继续缴费手续。因未及时办理手续造成医疗缴费中断的，由本人承担相关责任。 4. 加盖单位行政公章，并由职工本人签字确认。 |

附表21

|  |
| --- |
| **定点医药机构月度清算申请单** |
|
| 医药机构编码: |  | 医药机构名称（盖章）： |  |
| 清算分中心名称： |  | 清算申请流水号： |  |
| 一级清算类别： |  | 清算期号： |  |
| 二级清算类别 | 人次 | 费用总额 | 基金项 | 申请拨付金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 合计 |  |  |  |  |
| 清算申请人： |  |  | 清算申请时间： |  |

附表22

|  |
| --- |
| **清算结算信息明细表** |
| 序号 | 人员姓名 | 人员编码 | 医疗类别 | 清算类别 | 医疗费总额 | 统筹基金支出 | 补充医疗保险基金支出 | 大病补充医疗保险基金支出 | 基金支付总额 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |