

福建省医疗保障经办政务服务事项
参考样表
（ 2022版 ）

表1：基本医疗保险单位登记表

单位名称(公章)：			
统一社会信用代码：			
申请日期：			
申请参保医疗经办机构：_____医疗保障基金中心			
单位地址		邮 编	
单位 类 型	☐ 普通企业 ☐ 国有企业 ☐ 城镇集体企业 ☐ 外商投资企业 ☐ 机关 ☐ 财政核拨事业单位 ☐ 财政定额补助事业单位 ☐ 经费自给事业单位 ☐ 社会团体 ☐ 民办非企业单位 ☐ 其他_____		
法定代表 人或负责 人	姓名：		电话
	身份证号码：		
单位经办 人员	姓名：		电话
	身份证号码：		
参保险种	☐ 医疗保险 ☐ 生育保险 ☐ 职工大额医疗费用补助 ☐ 其他（_____）		
人 员 分 类		人 数	
在 职 职 工			
退 休 人 员			
机关事业单位、社会团体及国有企业填报以下信息			
批准成立 信息	批准单位：		
	批准日期：		批准文号：
主管部门或总机构名称			
隶属 关 系	☐ 无 ☐ 中央属 ☐ 省属 ☐ 市属 ☐ 县（区）属		
医疗保险经办 机构审核意见（盖章）：			

表2：基本医疗保险单位注销登记表

单位名称：（公章）

申报日期：

医保单位编号：			
注销原因		对应项打“√”	备 注
	注销营业执照	（ ）	
	吊销营业执照	（ ）	
	破产（关闭）	（ ）	
	兼（合）并	（ ）	
	分 立	（ ）	
	解 散	（ ）	
	撤 销	（ ）	
	批准或宣布终止	（ ）	
	迁往本统筹外	（ ）	
	其他原因	（ ）	
	说 明		
单位经办人		联系手机	
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：			

表3：基本医疗保险单位变更登记表

单位名称：（公章）

填表日期：

医保单位编号：			
变更事项		对应项打“√”	变更后事项
单位名称		（ ）	
住所（地址）		（ ）	
单位类型		（ ）	
法定代表人	姓名	（ ）	
	证件号码	（ ）	
	联系电话	（ ）	
单位经办人员	姓名	（ ）	
	证件号码	（ ）	
	联系电话	（ ）	
统一信用代码		（ ）	
其他		（ ）	
备注			
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：			

表4:职工基本医疗保险参保登记表

用人单位或代理单位全称：_____

医保单位编号：_____ 申报日期：_____

身份证号码																		
姓 名									户口性质		☐ 城镇 ☐ 农村							
出生日期	年 月 日								性 别		☐ 男 ☐ 女							
民 族									参加工作时间		年 月							
通讯地址									邮政编码									
手机号码									月工资总额									
登记险种:	☐ 医疗保险 ☐ 生育保险 ☐ 职工大额医疗费用补助 ☐ 其他 (____)																	
补缴申请	补缴险种				补缴工资基数				补缴起始时间:				补缴截止时间:					
	基本医疗保险								年 月				年 月					
	生育保险								年 月				年 月					
本次参保日期				年 月				参保身份										
备注																		
参保人员签章:				用人或代理单位:				医保中心:										
签字 (盖章)				签字 (盖章)				签字 (盖章)										
年 月 日				年 月 日				年 月 日										
参保人意见	☐ 中断超过3个月补缴				本人自愿申请补缴____年____月至____年____月中断期间的职工基本医疗保险费,并执行下述等待期待遇政策。													
	☐ 中断超过3个月不补缴				本人不愿补缴中断缴费年限医保费,并从____年____月开始续保,并执行下述等待期待遇政策。													

职工基本医疗保险、生育保险参保登记注意事项:

1、职工基本医保中断缴费期间参加当地城乡居民医保等其他国家规定医疗保障方式的 再次申请参加职工基本医保时可以免于补缴中断缴费期间的医保费,参加当地城乡居民医保的年限不作为职工基本医保累计缴费年限

2、职工医保新参保或转移接续参保人员,参保申请当月缴费的医疗保险关系当月生效,申请次月缴费的医疗保险关系次月生效,申请补缴当月之前保费的,原则上医疗保险关系仅从当月生效。

3、职工医保关系转移接续前中断缴费3个月(含)以内,申请补缴中断期间保费的,医疗保险关系生效时间可往前追溯至上一个基本医保关系生效开始时间。

4、职工医保关系中断3个月(不含)以上,补缴中断期间职工医保费的参保人员和新参保的参保人员,从职工基本医疗保险关系生效当月开始设置3个月待遇享受等待期,等待期内按连续参保人员职工医保待遇的50%享受。职工医保关系转移接续前中断缴费且不补缴中断期间职工医保费的参保人员,从职工基本医疗保险关系生效当月开始设置6个月待遇享受等待期,等待期内按连续参保人员职工医保待遇的50%享受。

5、单位职工医保参保人申请补缴当月(含当月)之前保费的,医保经办机构统一按上年度我省全口径城镇单位平均工资的60%为基数补缴职工医保、生育保险,医保经办机构经办的其他险种或补充保险原则上不补缴。补缴基数低于参保人在用人单位工资的,用人单位应自行申请差额补缴申报。

6、外统筹区转入参保人员办理退休时,累计缴费年限(含视同缴费年限)满25年,在本统筹区实际缴费年限满10年。

本人已认真阅读上述事项,了解并愿意按相关政策申请参保。 (内容由本人亲笔填写)

参保人(签字): _____ 年 月 日

表5:基本医疗保险职工参保登记汇总表

申报单位（盖章）：

医保单位编号：

单位经办人：联系手机：

申报时间：

序号	姓名	身份证号码	申报工资	变更类别						备 注
				增员	减员	终止参保	在职转退休	退休暂停	其他	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：										

表6:基本医疗保险职工参保信息变更登记表

申报单位（盖章）：

医保单位编号：

单位经办人：联系手机：

申报时间：

☐关键信息变更（身份证号码、姓名等）☐非关键信息变更（手机号码、家庭住址等）

序号	姓名	身份证号码	变更事项	变更前	变更后	备 注
1						
2						
3						
4						
5						
6						
医疗保险经办机构审核意见（盖章）：						

表8：城乡居民医疗保险参保人员信息变更申报表

填报人：
 联系电话：
 ☐关键信息 ☐非关键信息
 年 月 日

序号	姓名	身份证号码	变更事项	变更前	变更后	签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							

医疗保险经办机构审核意见（盖章）：

表9:职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表

参保人基本情况			
姓名		身份证件号码	
支取原因	☐ 死亡 ☐ 出国（境）定居 ☐ 其他____		
工作单位			
转入银行开户行			
银行账户号码			
领取人（继承人、代表人）基本情况			
姓名		与参保人关系	
证件类型及号码		联系电话	
常住地址		工作单位	
转入银行开户行			
银行账户号码			
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医保卡个人账户或银行账户，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。			
申请人签字（加盖手印） 联系电话 申请时间： 年 月 日		单位意见 签字（盖章） 年 月 日	
医疗保险经办机构 审核	经办人： 复核： 年 月 日		

表11：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	☐ 低保 ☐ 特困供养人员 ☐ 重度残疾人 ☐ 孤儿 ☐ 低收入对象 ☐ 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

表12：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		☐ 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13：异地就医登记备案表

姓名		性别		险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保 ☐城
人员类别	☐ 异地安置退休人员			登记类别	☐ 新增 ☐变更
	☐ 异地长期居住人员				
	☐ 常驻异地工作人员				
	☐ 异地转诊人员				
	☐ 其他：				
身份证号码					
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，属于正常现象。 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就医。 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，按参保地有关规定办理。					
☐ 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：

表14：医疗机构申请定点协议管理申请表

医疗机构名称				
统一社会信用代码				
注册地址				
注册面积			建筑面积	
法定代表人	姓名		联系方式	
	身份证号			
主要负责人	姓名		联系方式	
	身份证号			
实际控制人	姓名		联系方式	
	身份证号			
医疗机构成立时间			医疗机构等级	
医疗机构性质			医疗机构类别	
医疗机构执业许可证发证机关				
医疗机构执业许可证登记号				
医疗机构执业许可证发证日期		许可证有效期开始日期		
		许可证有效期截止日期		
执业地址行政区划			执业地址	
服务对象			诊疗科目	
编制床位数			实际开放床位数	
收费等级			医疗用房性质	
银行账号			银行开户行	
是否配有专（兼）职医保管理人员				
是否设有内部医保管理部门				
是否具有医保管理、财务、统计信息管理、医疗质量安全核心制度				
是否具有符合医保协议管理要求的信息系统				

是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库					
是否建立进销存信息系统					
是否建立门诊信息系统					
是否建立住院信息系统					
卫生技术人员构成		高级职称	中级职称		初级职称
	医生				
	护士				
	药师				
	医技				
	合计				
已设主要管理制度、台账名称					
联系人姓名		联系人固话			
		联系人手机号			
申请日期		年 月 日			
单位承诺		本单位承诺：所有填报的资料全部真实、完整、合法有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。 法定代表人签字： 单位公章： 年 月 日			

备注：本表需要同时提交电子版本。

表15：零售药店申请定点协议管理申请表

零售药店名称			成立日期	
统一社会信用代码				
法定代表人	姓名		联系方式	
	身份证号			
企业负责人	姓名		联系方式	
	身份证号			
实际控制人	姓名		联系方式	
	身份证号			
药品经营许可证证号			发证机关	
发证日期			有效期 截止日期	
经营方式			经济类型	
经营范围				
注册地址				
仓库地址				
营业地址行政区划			经营药品品种 数量	
药店负责人姓名			医保目录内药 品数量	
药店负责人手机号				
是否配有专（兼）职医保管理人员				
是否具备与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度				
是否建立药品进销存信息系统				
是否设立医保/非医保专区，并有明确标示				
是否经营中药饮片				
是否具有符合医保协议管理要求的信息系统				
执业药师		人	执业中药师	人
从业药师		人	从业中药师	人

其他药师	人	药师总人数	人
已设主要管理制度、工作台账名称			
单位承诺	本单位承诺：所有填报的资料全部真实完整、合法、有效，如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。 法定代表人签字： 单位公章： 年 月 日		

备注：本表需要同时提交电子版本。