附件3

- 7 -

河南省医疗保障经办政务服务事项

样表（2024年版）

|  |
| --- |
| 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 |
| 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

单位名称（公章） 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： 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 | □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 |  (建议列选择项打勾，如 □中小学儿童 □大学生 □无业成年人等) |
| 财政补助对象 |  (建议列选择项打勾，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，并已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

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

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 |
| 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

|  |
| --- |
| 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：职工基本医疗保险个人账户返还申请表

|  |
| --- |
| 参保人基本情况 |
| 姓 名 |  | 身份证件号码 |  |
| 职工医保暂停时间 |  | 居民医保参保时间 |  |
| 银行名称 |  | 银行账户 |  |
| 开户行 |  |
| 职工 医保个人账户余额 元，因 ，现申请返还医保个人账户余额。情况属实，由此产生的法律纠纷由本人（委托人）自行负责。联系电话： 本人或委托人签字（指印）：  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 |  |
| 经办机构意见  | 经办人： 年 月 日（盖章） |

表9：参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： 身份证件号码： 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 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| 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

|  |
| --- |
| 表10：河南省基本医疗保险异地就医登记备案表  |
| 备案编号： |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 参保类别 | 1.职工医保（离休）□2.城乡居民医保 □ |
| 身份证件号码 |  |
| 人员类别 | □ 异地长期居住备案  | □ 异地安置退休人员 □ 异地长期居住人员 □ 常驻异地工作人员 | 登记类别 | □ 新增 □ 变更□ 取消 |
| □ 临时外出就医备案  | □ 异地急诊抢救 □ 异地转诊就医□ 其他临时外出就医 |
| 参保地联系地址 |  | 就医地联系地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 转往省（市、区） |  | 地区(市、州) |  |
|  温 馨 提 示  1.异地就医需遵循“先备案、再住院、持码卡结算”原则，如申请备案时已入院，为保证异地就医直接结算，请提前告知工作人员。异地就医备案时，除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医，直接备案到就医省份外，其他备案到就医地省辖市及直管县市（异地就医服务查询：跨省：国家医保服务平台APP，省内：“河南医保”小程序）；参保人到备案地以外的定点医疗机构就医，按参保地有关规定执行。 2.异地长期居住人员按照长期居住类型分别提供：异地安置退休人员需提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”；异地长期居住人员需提供长期居住证明；常驻异地工作人员需提供异地工作证明材料（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）。若因特殊原因，上述材料备案时无法提供的，需填写个人承诺书。办理异地长期居住备案后，备案长期有效；以证明材料办理备案的，可随时申请变更；以个人承诺形式办理备案且备案时间少于6个月的，变更备案信息需提供备案类型所需证明材料。 3.临时外出就医人员按临时外出就医类型分别提供：异地转诊人员一般由参保地规定的定点医疗机构开具转诊单；异地急诊抢救人员由就诊医院录入急诊信息后视同已备案（就诊医院不具备条件的，也可提供符合医疗文书的急诊诊断证明由参保地经办机构备案）；其他临时外出就医（非急诊未转诊）人员填写个人承诺书。临时外出就医人员备案有效期原则上为6个月。 4.参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在备案地多次就医并享受异地就医直接结算服务。办理异地长期居住备案后，门诊慢特病待遇同步在备案地使用，直接结算门诊慢特病病种在备案地享受直接结算，非直接结算病种自费结算回参保地手工报销。 5.参保人员办理长期异地就医备案后，异地就医时原则上享受正常待遇水平；回参保地就医时也可享受直接结算服务，原则上不低于参保地异地转诊待遇水平。参保人员办理临时外出就医备案后，异地转诊人员和异地急诊抢救人员异地就医时原则上降低不超过10个百分点，其他临时外出就医（非急诊未转诊）人员异地就医时原则上降低不超过20个百分点；回参保地就医时享受直接结算服务，待遇标准同本地就医人员。 |
|
|
| 备案开始日期 |  年 月 日 | 备案结束日期 | □ 默认□ 年 月 日 |
| 是否提供备案对应材料 | □ 是 □ 否 | □ 本人 □ 被委托人 签名 |   年 月 日 |
|  经办机构（盖章）： 联系电话： 经办人： 经办日期： 年 月 日 |
| （一式两份，申办人和经办部门各留一份） |

|  |
| --- |
| 表11：医疗救助申请表 |
| 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 | □低保对象 □特困人员 □孤儿 □低保边缘家庭成员 □刚性支出困难家庭中符合条件的大病患者(因病致贫重病患者)□防止返贫监测对象 □其他（ ） |
| 申请原因 |  |
| 申请人 | 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 |
| 相关认定 部门意见 (民政、 农业农村等部门) |  |
| 经办机构 意见 |  |
| 备注 |  |
| 申请人： 年 月 日 |

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

定点医疗机构申请表

申请单位 :

申请时间 : 年 月 日

定点医疗机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 |  |
| 法定代表人 |  | 机构类别 |  |
| 所有制形式 |  | 注册资金 |  |
| 医院等级 |  | 营业面积 |  |
| 单位住所地 |  |
| 申请门诊服务□ | 申请住院服务□ | 补充科室服务□ |
| 申请康复服务□ | 申请生育服务□ | 申请体检服务□ |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 医保管理部门 |  |
| 卫生技术人员构成 | 员工类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医 生 |  |  |  |  |
| 护 士 |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |
| 近三个月业务收支情况 | 门诊人次 |  | 次均门诊医疗费 |  |
| 住院人次 |  | 平均住院日 |  |
| 人均住院费 |  | 人均日住院费 |  |
| 业务收入 |  | 业务支出 |  |
| 类 别 | 总 数 |
| 药 品 |  |
| 医用耗材 |  |
| 服务项目 |  |
| 科室设置情况 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 座位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 大型医疗设备清单 | 科室 | 设备名称 | 适应症 | 单项次收费 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：大型医疗设备是指单项次收费在100元以上的设备。

|  |  |
| --- | --- |
| 申请内容及承诺 | （医疗机构基本情况、特色及承诺）法定代表人：（签字） （申请单位印章） 年 月 日 |

填写说明： 1.本表要求字迹工整，内容真实。 2.“医保管理部门”一栏是指医疗机构负责医疗保障服务管理的部门。

3.“申请内容及承诺”一栏填写申请机构的基本情况、特色。承诺包含单位基本情况、申报材料的真实性，是否存在行政处罚、医疗（药事）事故，法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单等内容。

表14

定点零售药店申请表

申请单位 :

申请时间 : 年 月 日

定点零售药店申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
| 营业执照号 |  | 法定代表人 |  |
| 所有制形式 |  | 所在辖区 |  |
| 企业负责人 |  | 质量负责人 |  |
| 药店营业地址 |  | 营业面积 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 药品经营许可证号 |  |
| 药店开户名称 |  |
| 药店开户行 |  |
| 药店开户账号 |  |
| 人员构成 | 注册执业药师 | 姓名：注册地： |
| 收银员 | 姓名： |
| 营业员及其他人员数 |  |
| 合计人数 |  |
| 药品数量 | 类 别 | 总 数 |
| 药 品 |  |
| 医用耗材 |  |
| 医疗器械 |  |
| 近三个月销售情况 | 月份 | 药品、医用耗材、医疗器械 | 其他销售种类 |
| 品种 | 金额 | 品种 | 金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请内容及承诺 | （零售药店基本情况、承诺） 法定代表人：（签字） （申请单位印章）  年 月 日 |

填表说明：承诺包含申报单位基本情况、申请材料的真实性，是否存在行政处罚和行业违规行为，法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单等内容。