

附件 3

湖北省医疗保障经办政务服务事项 指导规范样表

表 1：基本医疗保险单位参保信息登记表（样表）

☐ 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							
法定代表人		姓名				联系电话	
		身份证件号码					
开户银行				户名			
银行帐号							
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		后勤服务人员	
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（样表）

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)	险种					变更类别						增减时间	手机号码	签名	备注
					基本医 疗（生 育） 保 险	职工医 疗费用 补助（职 工大病 保险）	公务 员医 疗补 助	企业 补充 医疗 保 险	长 期 护 理 保 险	增 加	中 断	终 止	恢 复	在职 转退 休	统筹 区内 转移				
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			

注：1.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（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) 街道(乡镇)	村（社区）	
通讯地址					
申请人身份	☐ 中小儿童 ☐ 大学生 ☐ 无业成年人 ☐ 户籍在农村的务工人员 ☐ 其他：_____				
	(同一人符合多种身份的，可多选。)				
财政补助对象	☐ 特困供养人员 ☐ 孤儿 ☐ 低保 ☐ 丧失劳动能力的残疾人 ☐ 严重精神障碍患者 ☐ 计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭成员 ☐ 低收入家庭中 60 周岁以上的老年人或未成年人 ☐ 脱贫人口 ☐ 脱贫不稳定 ☐ 边缘易致贫 ☐ 突发严重困难 ☐ 其他：_____				
	(同一人符合多种对象身份的，可多选。)				
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（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	
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			

表 5：基本医疗保险职工参保信息变更登记表（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	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							
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（样表）

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							
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
（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	☐ 死亡 ☐ 出国定居 ☐ 主动放弃 ☐ 其他：_____ （主动放弃情况说明：_____）				
工作单位					
账户号码					
开户行					
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			
账户号码					
开户行					
经协商，由_____代表全部继承人办理支取业务，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					

说明：1. 因“死亡”原因办理支取的，继承人（代表人）应填写“参保人基本情况、继承人（代表人）基本情况”内的信息。

2. 因“出国定居、主动放弃”等原因申请支取，由参保人本人办理的，填写“参保人基本情况”内的信息；委托其他人办理的，填写“参保人基本情况、被委托人基本情况”内的信息。

3. “支取人”是指到医保经办机构办理支取业务申请的人，即参保人、或继承人（代表人）、或被委托人。

表 8：基本医疗保险参保凭证（样表）

凭证号：(省份)(统筹区)(年份)(第 XXXX 号)

生成日期：年 月 日

基 本 信 息					
参保人	姓名		身份证件号码		
	户籍所在地			户籍类型	
参 保 信 息					
基本医疗保险类型			转出地		
参保时间	起： 年 月	其中累计实际缴费月数	月		
	止： 年 月				
个人账户余额	(大写)		(小写) ¥		
转 出 地 医 疗 保 险 经 办 机 构 信 息					
机构名称	(盖章)				
地址					
行政区划代码		邮政编码			
联系人		联系电话			

注 意 事 项：

1. 本凭证是根据国家有关规定制发，是参保的权益记录以及申请办理基本医疗保险关系转移接续的重要凭证，请妥善保管。

2. 跨统筹地区流动就业人员，有接收单位的，将此凭证交由单位按照规定办理参保手续。

3. 其他跨统筹地区流动就业人员，应携带此凭证及有效证件在 3 个月内到指定办理机构办理相关登记手续。

4. 本凭证如不慎遗失，请与出具此凭证的医疗保障经办机构联系，申请补办。

表 9：基本医疗保险关系转移接续申请表（样表）

编号：（省份）（统筹区）（年份）（第 XXXX 号）

参保人员信息							
姓名		性别		年龄			
身份证件号码			联系电话				
户籍地址				户籍类型	☐ 居民		
					☐ 农业 ☐ 非农业		
					☐ 台港澳 ☐ 外籍		
联系地址				邮政编码			
现参加的基本医疗保险类型	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保 ☐ 其他（请说明）						
转出地医疗保障经办机构信息							
机构名称			联系电话		行政区划代码		
机构地址					邮政编码		
申请人信息（若参保人办理，则不需填写）							
姓名		身份证件号码		与参保人关系		联系电话	
联系地址					邮政编码		

申请人（签字）：

申请时间： 年 月 日

表 11：参保人员基本医疗保险信息表（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

备案编号：

表 12：异地就医登记备案表（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：		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：

表 13：门诊慢特病病种待遇认定申请表（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	签名： 年 月 日					
备注						

表 14：医疗救助申请卡（样表）

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 ☐ 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 15：个人承诺书（样式）

本人_____（身份证件号码：_____），在办理
理_____业务过程中，因个人原因
无法提供_____证明，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