附件2

湖北省医疗保障经办政务服务事项清单

样表(2023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(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： 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)  街道(乡镇) | 村（社区） |   |
| 通讯地址 |  |
| 申请人身份 | □新生儿 □中小学儿童 □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□低保边缘家庭 □重点优抚对象□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，符合居民医保参保规定。□ 经审核，不符合居民医保参保规定。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：城乡居民基本医疗保险信息变更、

暂停或终止登记表

登记日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 乡镇（街道）村（社区） | 　 | 联系电话 | 　 |
| 信息变更 | 变更项目 |
| 变更项目 |
| 医保关系暂停 | （ ） 就业 |
| （ ） 入伍 |
| （ ） 迁徙  |
| （ ） 判刑 |
| （ ） 其他 |
| 医保关系终止 | （ ） 死亡 |
| （ ）移民国（境）外 |
| （ ） 其他  |
| **以下为代理人填写** |
| 代理人姓名 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 与登记人关系 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 申请人（签字）:  |

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

(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9：异地就医登记备案表

|  |
| --- |
| 备案编号： |
| 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 |  | 社保卡卡号（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. 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异地就医联网定点医疗机构住院就医。
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. 参保人在异地普通门诊就诊和药店购药时，无需办理异地就医备案即可在就医地开通的异地就医联网定点医药机构联网结算。门诊慢特病异地联网结算时，需要办理异地备案手续。
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。

6.异地就医直接结算时，应使用医保电子凭证或社会保障卡办理结算。 |
| □本人□被委托人签名： |  | 填报日期： |  |
| 经办机构： 联系电话： 经办工作人员： 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11：湖北省医疗救助申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本情况 | 姓 名 |  | 身份证号码 |  |
| 参保情况 | □居民医保□职工医保 | 户籍地乡镇（村、社区） |  |
| 纳入时间 |  | 联系电话 |  |
| 银行名称 |  | 银行账号 |  |
| 开户姓名 |  | 申请时间 |  |
| 申请救助对象类别 | □城乡特困人员 □孤儿 □城乡最低生活保障对象 □返贫致贫人口□城乡低保边缘家庭成员 □脱贫不稳定人口 □边缘易致贫人口□突发严重困难人口 □因病致贫重病患者 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申请原因 | 本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日在医疗机构就医，因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_原因医疗救助未实现“一站式”结算，对本次发生的经基本医疗、大病保险等报销后剩余政策范围内费用特申请医疗救助。本人承诺以上信息无误，所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相应责任。申请人签字： 代办人签字： 日 期：（手印） （手印） |
| 审核意见 | 经核实，申请人\_\_\_\_\_\_\_\_\_本次就医医疗费用总额\_\_\_\_\_\_\_元，政策范围内费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，基本医保支付\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，大病保险支付\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，其他保障支付\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。按照医疗救助相关政策，本次纳入医疗救助基数的政策范围内费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。按规定应支付医疗救助\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。（大写： 万 仟 佰 拾 元 角 分）审查人： 审核人： 审批人：年 月 日 年 月 日 年 月 日 （盖章） |
| 备注 | 请在对应□内打√。 |

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

(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。**