

附件 2

**山西省医疗保障经办政务服务事项清单
(2023 年版)
参考样表**

表 1：基本医疗保险单位参保信息登记表

(参考样表)

<input type="checkbox"/> 新参保登记		<input type="checkbox"/> 暂停登记		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: right;">单位(盖章) 年 月 日</div>			
经办机构意见		<input type="checkbox"/> 经审核，申报单位不符合参保登记办理条件。 <input checked="" type="checkbox"/> 经审核，同意申报单位办理以下社会保险登记： <input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 生育保险 <input type="checkbox"/> 补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 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(参考样表)

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 (参考样表)

姓名		身份证件类型			
身份证件号码					
性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 中小少年儿童 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 无业成年人等)				
财政补助对象	(建议列选择项打勾，如 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困等)				
业务类型	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 终止 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 经审核，符合城乡居民医保参保规定。 <input type="checkbox"/> 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 (参考样表)

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
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(参考样表)

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	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(参考样表)

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 (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	<input type="checkbox"/> 出国(境)定居	<input type="checkbox"/> 主动放弃	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 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					
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">签字： 年 月 日</p>					
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(参考样表)

(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 9：异地就医登记备案表(参考样表)

姓名		性别		险种	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
人员类别	<input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊人员 <input type="checkbox"/> 其他临时外出就医人员		登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更	
社会保障号码			社会保障卡卡号(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. 跨省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跨省联网定点医疗机构住院就医。门诊就医时按照参保地异地就医管理要求选择跨省联网定点医药机构就诊。					
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. 异地急诊抢救人员视同已备案。					
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。					
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 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		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 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 12：个人承诺书(参考样式)

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 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/>				
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

	品种	型号及数量	购买年月	有效期
大型医疗设备信息				
申请承诺	<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人签字： （单位盖章） </p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
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 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>							
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				

<p style="text-align: center;">申 请 承 诺</p>	<p style="text-align: center;"> 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。 </p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人签字： _____ (单位公章) </p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p>		
<p style="text-align: center;">联系人</p>		<p style="text-align: center;">联系电话</p>	

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。