

# 秦皇岛市医疗保障局文件

秦医保〔2020〕93号

---

## 秦皇岛市医疗保障局 关于统一规范全市医疗保障经办政务服务事项 有关问题的通知

各县区医疗保障局，秦皇岛开发区、北戴河新区人力资源和社会保障局：

为深入贯彻落实国家和省、市关于深化“放管服”改革的决策部署，进一步推进我市医疗保障经办政务服务规范化、标准化，聚焦医疗保障民生领域“难点、堵点、痛点”问题，着力实现“群众办事不求人、最多只跑一次”的目标，建立统一规范的全市医疗保障经办政务服务事项清单制度，根据《河北省医疗保障局关

于印发河北省医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（冀医保字〔2020〕36号）要求，市医疗保障局研究制定了《秦皇岛市医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南》（见附件1）、《秦皇岛市医疗保障经办政务服务事项流程图》（见附件2）、《秦皇岛市医疗保障经办政务服务事项清单样表》（见附件3），并就统一规范全市医疗保障经办政务服务事项有关问题提出如下要求，请一并认真贯彻执行。

## **一、深刻领会精神，强化使命担当**

全市医疗保障部门要提高政治站位，深刻领会建立清单制度的重要意义，将贯彻落实全市医疗保障经办政务服务事项作为坚持以人民为中心的发展思想，进一步深化“放管服”改革、促进新时代中国特色医疗保障制度发展的重要举措，通过提供全面规范、标准统一、公开透明、便民高效的医疗保障经办服务，不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

## **二、聚焦问题解决，做到规范统一**

一是着重解决实际问题。针对当前医疗保障经办政务服务领域存在的办事流程不够简化规范、手工报销手续繁琐且时间周期长、经办服务体验不够理想等问题，各县区要对照全市医疗保障经办政务服务事项认真摸底排查，立行立改，切实提升服务质量和水平。二是明确目标任务。全市所有经办机构须将经办政务服务事项落实到位，全面实现医疗保障经办服务“六统一”（统一

事项名称、统一事项编码、统一办理材料、统一办理时限、统一办理环节、统一服务标准)和“四最”(服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简)的目标;严格按照办事指南(内容包括事项名称、受理单位、服务对象、办理渠道、办理流程、办理材料、办理时限、查询方式、监督电话、评价渠道、办理流程图等)要求和统一的受理表格提供经办政务服务;及时向社会公布,确保办事群众知晓。

### **三、开展事项监督,全面实施“好差评”**

各级医疗保障部门要明确责任标准,畅通评价渠道,用好评价结果,完善保障措施,确保医疗保障经办每个政务服务事项都可评价,每个经办服务窗口、平台和人员都接受评价,每个办事单位和群众都能自愿自主真实评价,每个差评都能得到整改,形成评价、反馈、整改、监督全流程衔接,推动全市医疗保障政务服务质量和水平不断提升。2020年12月底前,全面建成医疗保障经办政务服务“好差评”制度体系,所有医疗保障经办政务服务事项、医疗保障各级经办服务窗口、各类政务服务平台(含业务系统、热线电话平台、线上服务端、自助服务端等)全部开展“好差评”,实现医疗保障经办政务服务事项全覆盖、评价对象全覆盖、服务渠道全覆盖。

### **四、落实主体责任,提高服务水平**

一是明确部门责任。各级医疗保障部门要将上述工作列入重

要议事日程，加强领导，细化措施，指定牵头部门和专人负责政务服务事项和“好差评”制度的落实工作。二是规范工作标准。各级医疗保障部门要以全市医疗保障经办政务服务事项作为经办服务的最底线，大力推行一次告知、一表受理、一次办好，鼓励探索“承诺制”和“容缺受理制”，坚决取消不必要的环节和手续，不得设立“其他材料”“有关材料”等模糊条款，切实提升医疗保障经办政务服务标准化水平，打造群众满意的医疗保障经办政务服务。三是提高信息化服务水平。要加强信息化平台建设，积极发挥信息化优势，推进部门间数据共享和“互联网+医保”，推进医疗保障各项经办政务服务事项“一站式服务、一窗口办理、一单式结算”，不断提升政务服务能力水平。

## **五、把握进度要求，按时落实到位**

各级医疗保障部门要保证全市医疗保障经办政务服务事项于2020年8月底前落实到位，严格按照所列服务事项为参保单位和参保人提供服务。要保证“好差评”制度12月底前落实到位。要做好政策宣传，将政务服务事项以及“好差评”制度，及时向社会公布，主动接受社会监督和评价。市医疗保障局将加强对各地的监督评价，并将政务服务事项落实情况作为医疗保障系统行风建设专项评价和规范经办行为监督检查的重要内容。各县区要密切关注政务服务事项运行情况，对政务服务事项运行过程中发现的问题认真研究抓好整改，如遇重大问题应及时上报。

- 附件： 1. 秦皇岛市医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南  
2. 秦皇岛市医疗保障经办政务服务事项流程图  
3. 秦皇岛市医疗保障经办政务服务事项清单样表





主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	受理单位	服务对象	办理渠道	办理流程	办理材料	办理时限	查询方式	监督电话	评价渠道	备注
一、基本医疗保险参保和变更登记	13203600100Y	4	单位参保信息变更登记	132036001004	经办机构	参保单位	窗口办理	申请--受理--审核--办结	《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》（加盖公章）	即时办结	经办窗口	市、县、区监督电话	评价器	变更统一社会信用代码、法定代表人的可要求提供必要的对应辅助材料
		5	职工参保信息变更登记	132036001005	经办机构	参保单位	窗口办理	申请--受理--审核--办结	1.有效身份证件或社保卡或医保电子凭证 2.《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》（加盖公章）	即时办结	经办窗口	市、县、区监督电话	评价器	变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的可要求提供必要的对应辅助材料
		6	城乡居民参保信息变更登记	132036001006	经办机构	参保人员	窗口办理	申请--受理--审核--办结	1.有效身份证件或社保卡或医保电子凭证 2.《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》	即时办结	经办窗口	市、县、区监督电话	评价器	
二、基本医疗保险参保信息查询和个人账户一次性支取	13203600200Y	7	参保单位参保信息查询	132036002001	经办机构	参保单位	窗口或自助查询机办理	申请--受理--办结	单位有效证明文件	即时办结	窗口或自助查询机办理	市、县、区监督电话	评价器	单位有效证明文件可包括：统一社会信用代码证书或介绍信
		8	参保人员参保信息查询	132036002002	经办机构	参保单位或参保人员	窗口或自助查询机办理	申请--受理--办结	有效身份证件或社保卡或医保电子凭证	即时办结	窗口或自助查询机办理	市、县、区监督电话	评价器	
		9	参保个人账户一次性支取	132036002003	经办机构	参保单位	窗口或自助查询机办理	申请--受理--审核--拨付--办结	1.有效身份证件或社保卡或医保电子凭证 2.《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》	不超过15个工作日	经办窗口	市、县、区监督电话	评价器	1.因死亡支取的提供继承人身份证、银行卡账户信息，通过数据共享无法查询死亡信息的应提供个人承诺书 2.主动放弃基本医疗保险的，需提供主动放弃基本医疗保险的情况说明





主项	1320360 05000	16	子项 序号	子项 编码	受理 单位	服务 对象	办理 渠道	办理流程	办理材料	办理 时限	查询 方式	监督 电话	评价 渠道	备注
五、基本医疗保险参保人员享受门诊慢性病待遇				1320360 05000	经办机构或定点医院	参保单位或参保人员	窗口或网上办理	申请--受理--审核--办结	1.有效身份证件或社保卡或医保电子凭证 2.《门诊慢性病病历资料或检查资料》 3.《门诊申请表》	不超过20个工作日	经办窗口或"秦皇岛人社"APP	市辖区监督电话	评价器	城镇职工门诊慢性病待遇认定下沉到符合要求的定点医院,由定点医院"一站式"受理,经办机构对定点医院认定情况进行有效监管 城乡居民门诊慢性病待遇认定暂由经办机构受理
六、基本医疗保险参保人员医疗费用报销	1320360 0600Y	17	门诊费用报销	1320360 06001	经办机构	参保人或参保单位	窗口办理	申请--受理--审核--拨付--办结	1.有效身份证件或社保卡或医保电子凭证 2.医院收费票据 3.门诊费用清单 4.处方底方	不超过30个工作日				1.需增加其他材料必须事前公示,并一次性告知 2.意外伤害就医的应提供交警部门出具的认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的证明材料复印件一份,无法提供的应填写个人承诺书 3.急诊可要求提供急诊诊断证明
		18	住院费用报销	1320360 06002	经办机构	参保人或参保单位	窗口办理	申请--受理--审核--拨付--办结	1.有效身份证件或社保卡或医保电子凭证 2.医院收费票据 3.住院费用清单、住院病历复印件 4.诊断证明	不超过30个工作日	经办窗口	市辖区监督电话	评价器	

主项	主项编码	子项序号	子项	子项编码	受理单位	服务对象	办理渠道	办理流程	办理材料	办理时限	查询方式	监督电话	评价渠道	备注
七、生育保险待遇核准支付	13203600700Y	19	产检查费支付	132036007001	经办机构或定点医院	参保单位或参保人员	窗口办理或定点医院	申请--受理--审核--拨付--办结	1.有效身份证件或社保卡或医院电子凭据 2.医院收费清单 3.费用证明 4.诊断证明	不超过20个工作日	经办机构或秦皇岛人社APP	市县区监督电话	评价器	1.合并支付的一次性提供材料 2.加强部门间数据共享，相互提供证明材料。医疗保险经办机构如无法通过其他部门获得，需提供医学证明等，由办理人提供，无法提供的，需提供个人承诺书 3.有条件的地区，可网上办理
		20	生育医疗费支付	132036007002	经办机构或定点医院	参保单位或参保人员	窗口办理或定点医院	申请--受理--审核--拨付--办结	1.有效身份证件或社保卡或医院电子凭据 2.医院收费清单 3.费用资料（含出院诊断） 4.病历资料	不超过20个工作日	经办机构或秦皇岛人社APP	市县区监督电话	评价器	
		21	计划生育医疗费支付	132036007003	经办机构或定点医院	参保单位或参保人员	窗口办理或定点医院	申请--受理--审核--拨付--办结	1.有效身份证件或社保卡或医院电子凭据 2.医院收费清单 3.费用资料（含出院诊断） 4.病历资料	不超过20个工作日	经办机构或秦皇岛人社APP	市县区监督电话	评价器	
		22	生育津贴支付	132036007004	经办机构或定点医院	参保单位或参保人员	窗口办理或定点医院	申请--受理--审核--拨付--办结	1.有效身份证件或社保卡或医院电子凭据	不超过20个工作日	经办机构或秦皇岛人社APP	市县区监督电话	评价器	

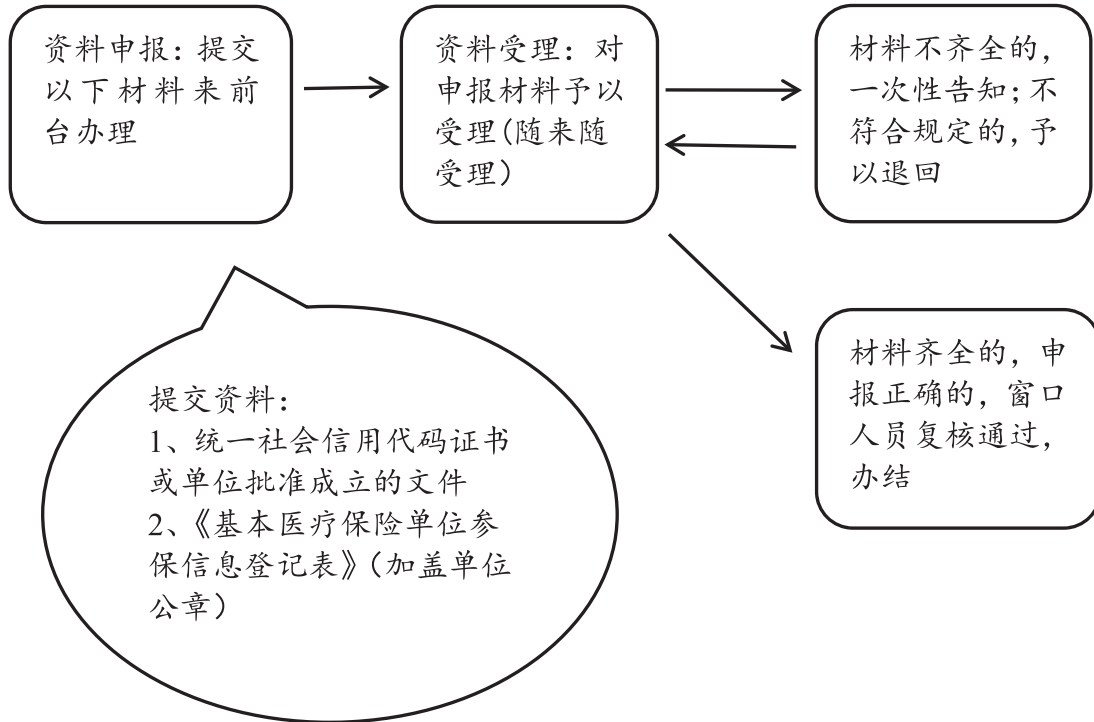




附件 2

**秦皇岛市医疗保障  
经办政务服务事项流程图**

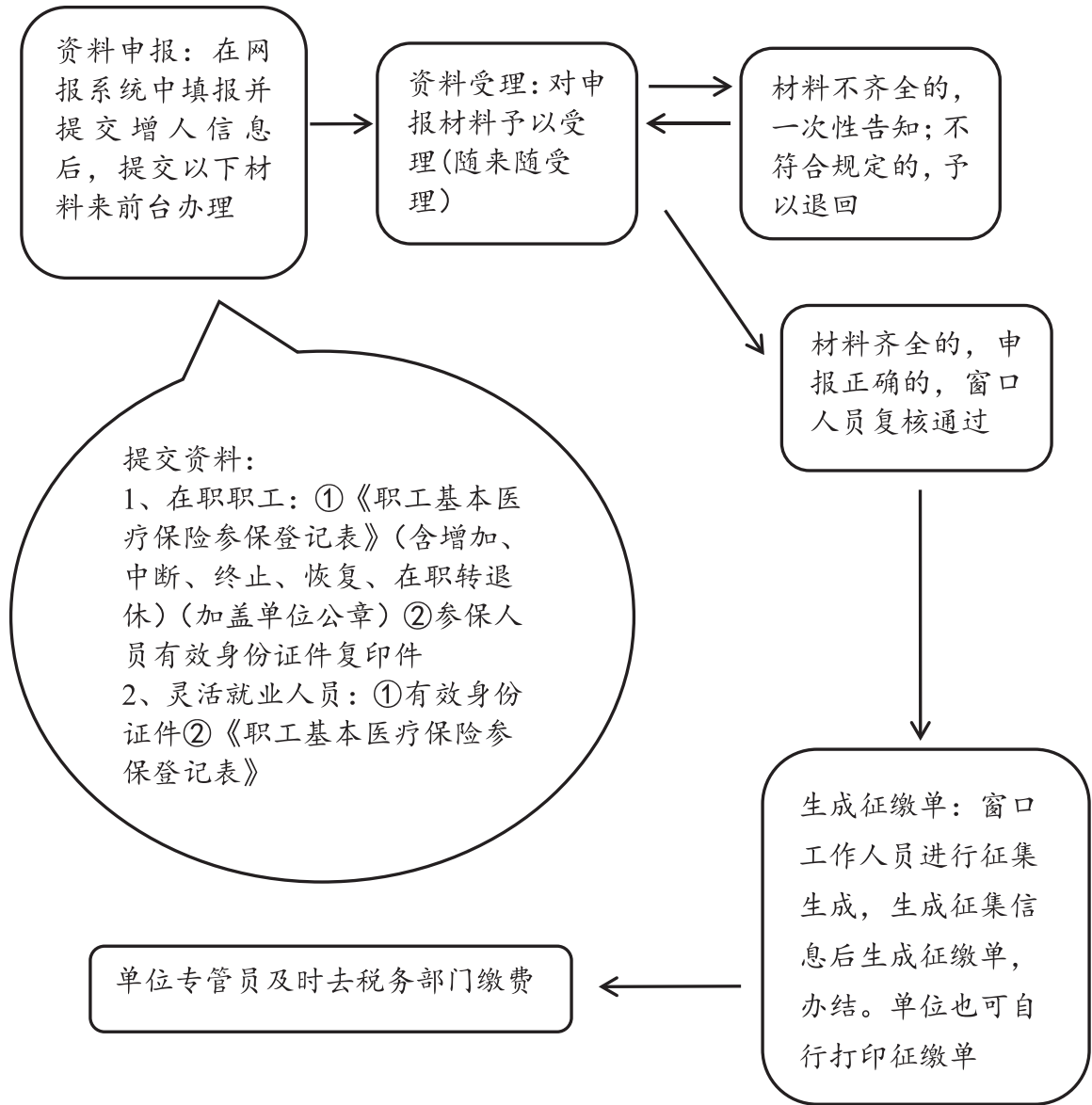
# 单位参保登记流程图



办公地址：

办公电话：

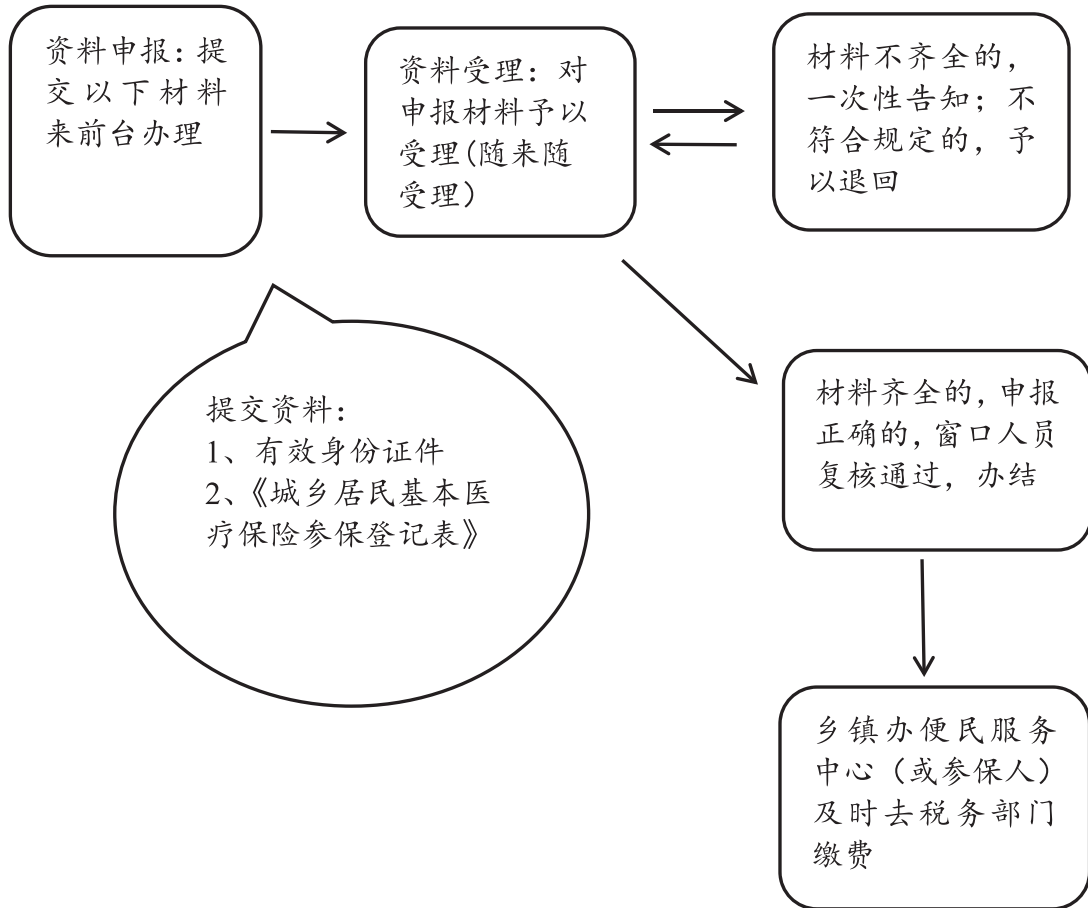
# 职工参保登记流程图



办公地址:

办公电话:

# 城乡居民参保登记流程图

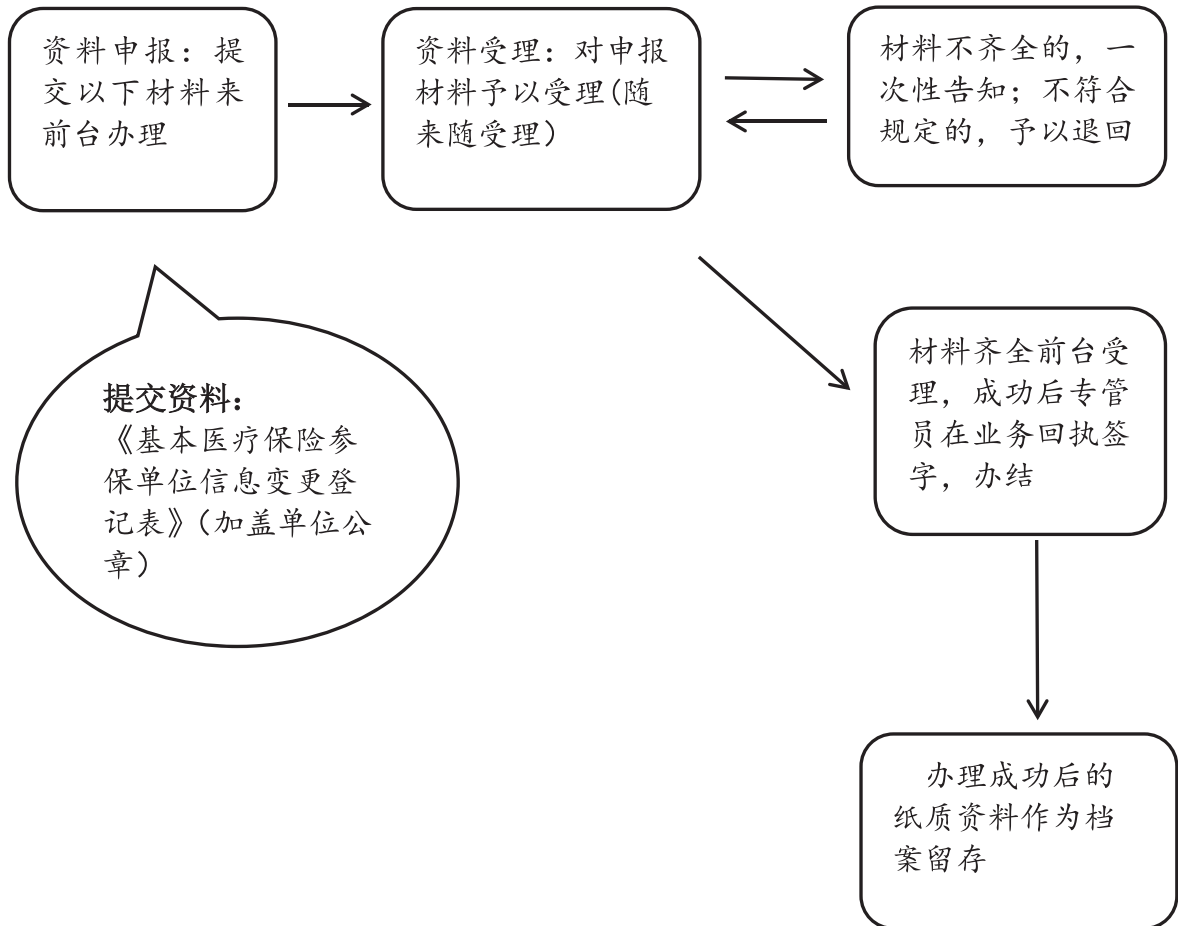


办公地址:

办公电话:



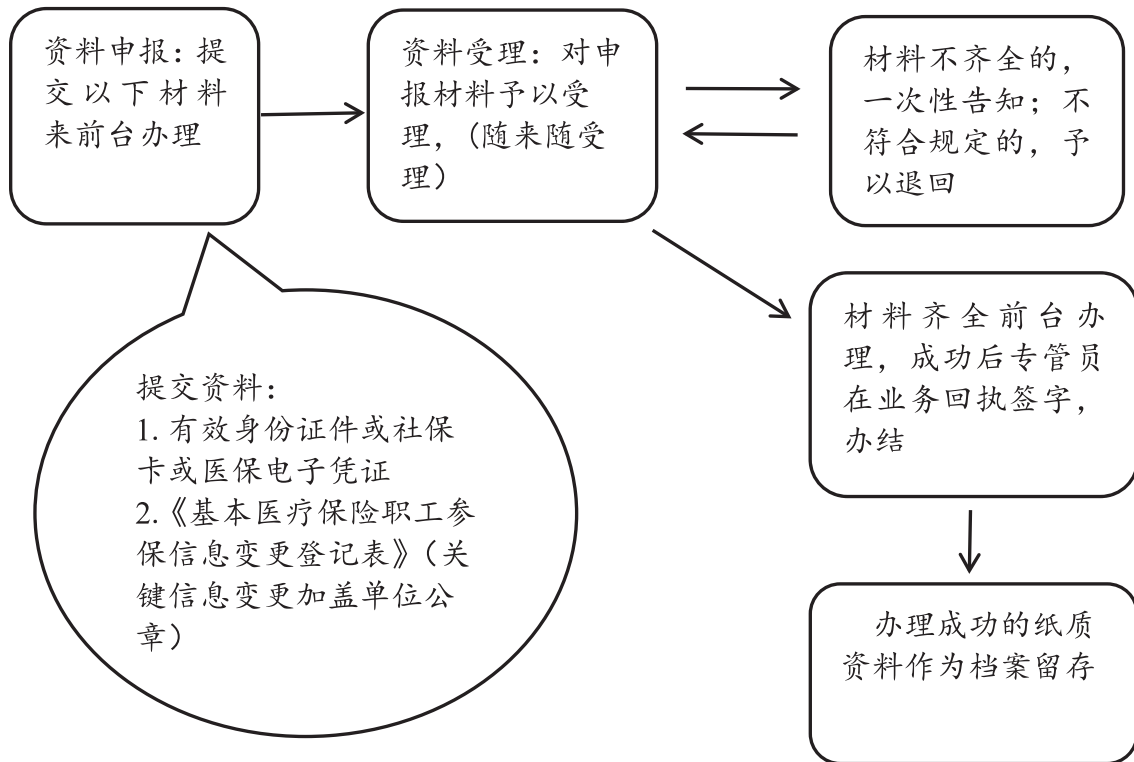
# 单位参保信息变更登记流程图



办公地址：

办公电话：

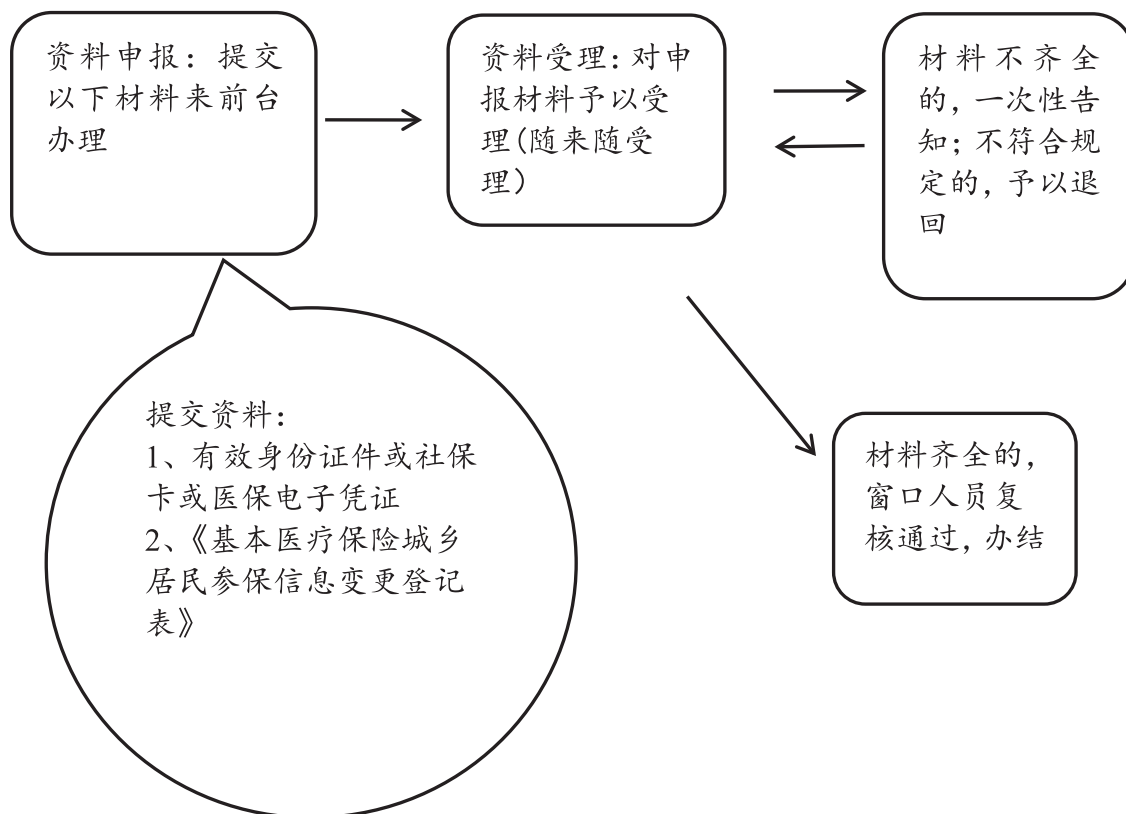
# 职工参保信息变更登记流程图



办公地址：

办公电话：

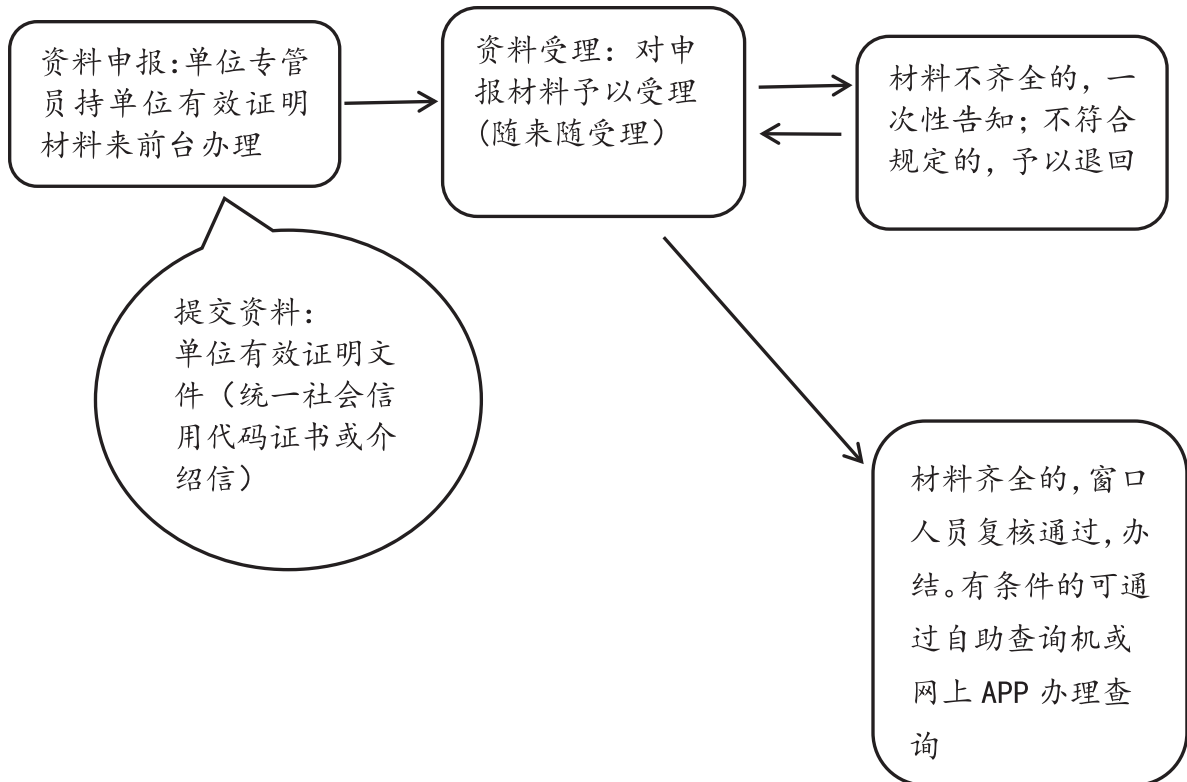
# 城乡居民参保信息变更登记流程图



办公地址：

办公电话：

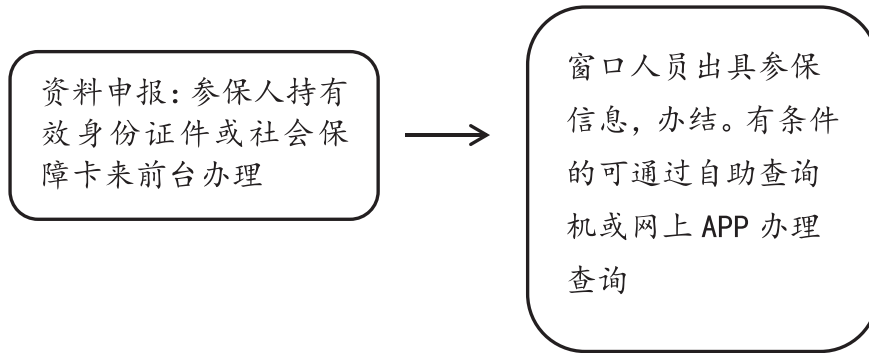
# 参保单位参保信息查询流程图



办公地址:

办公电话:

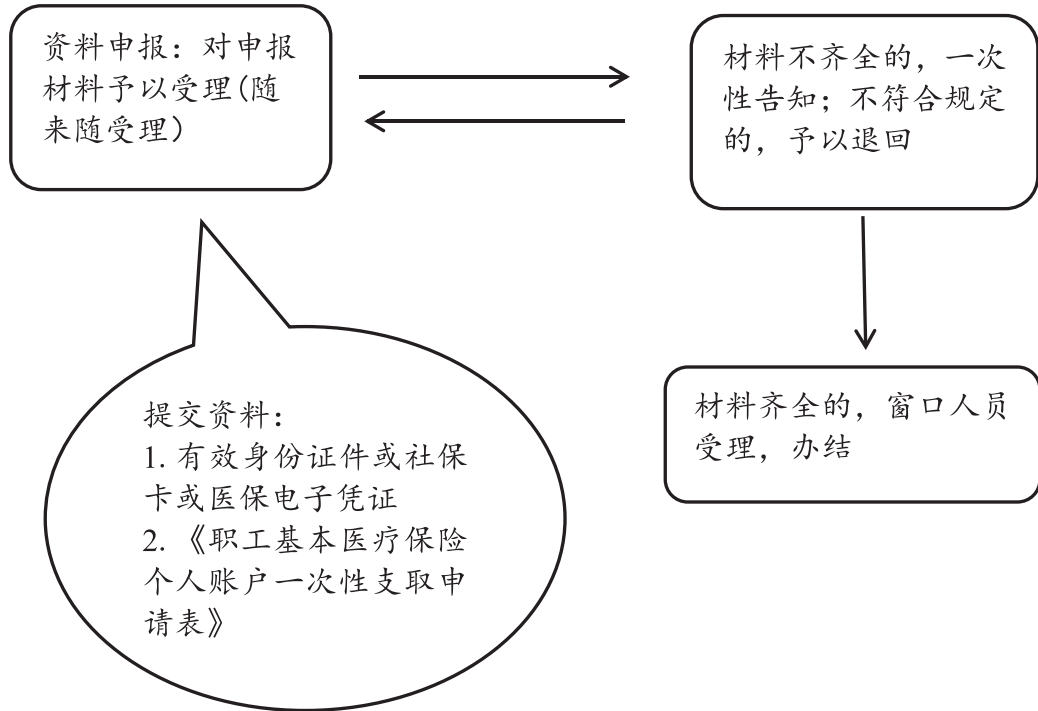
## 参保人员参保信息查询流程图



办公地址：

办公电话：

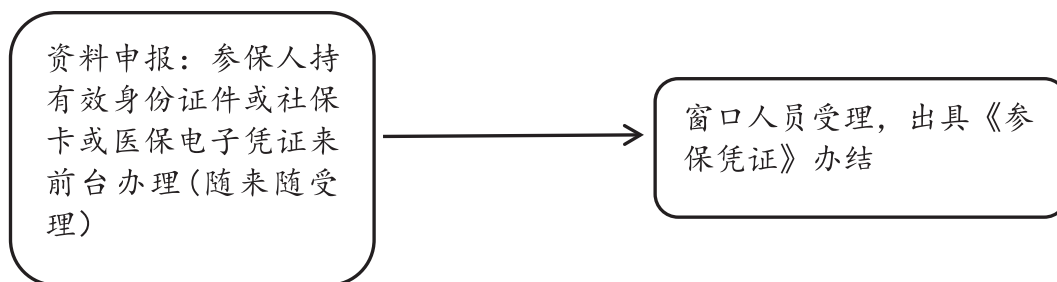
# 参保人员个人账户一次性支取流程图



办公地址:

办公电话:

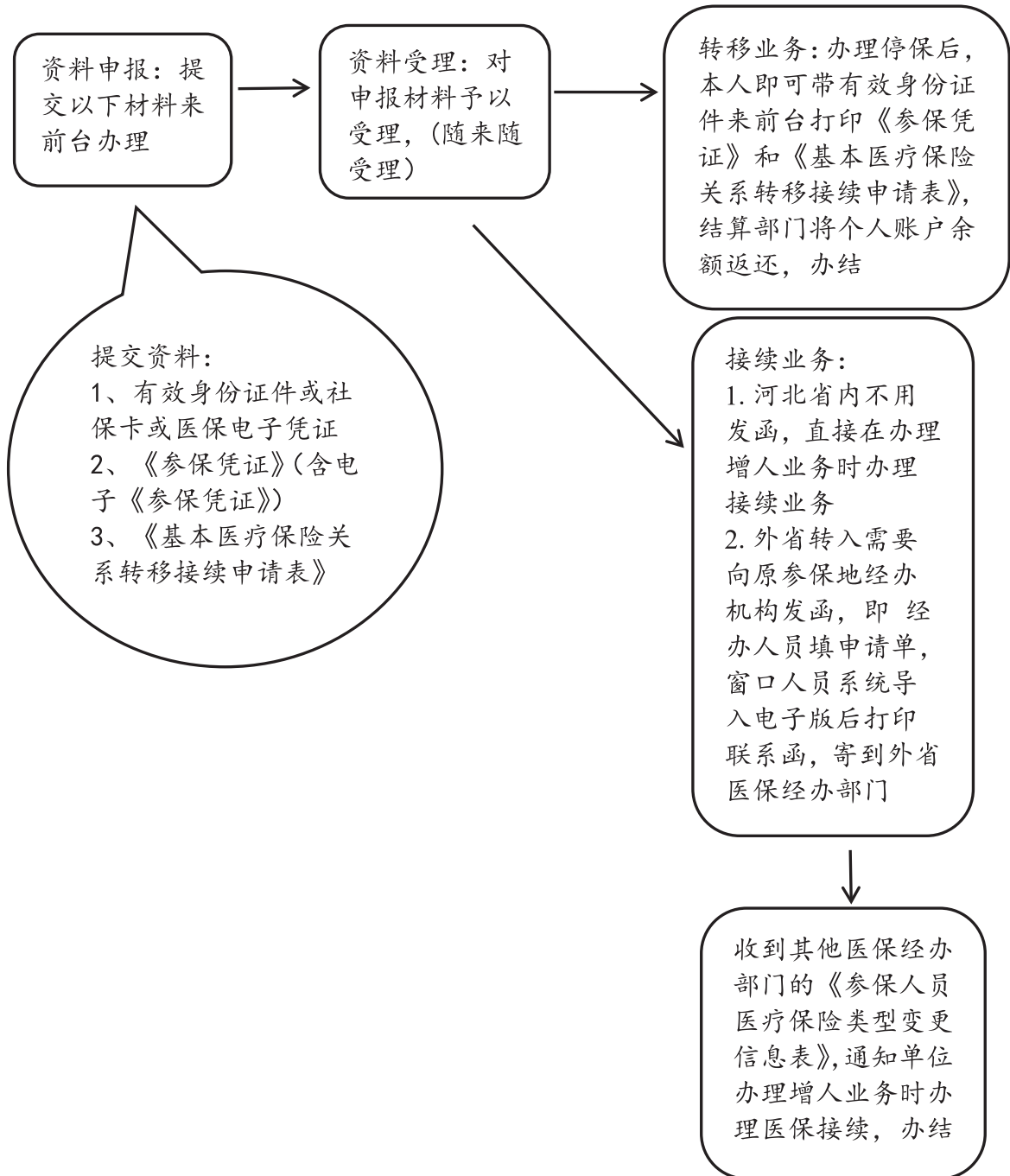
## 出具《参保凭证》流程图



办公地址：

办公电话：

# 转移接续手续办理流程

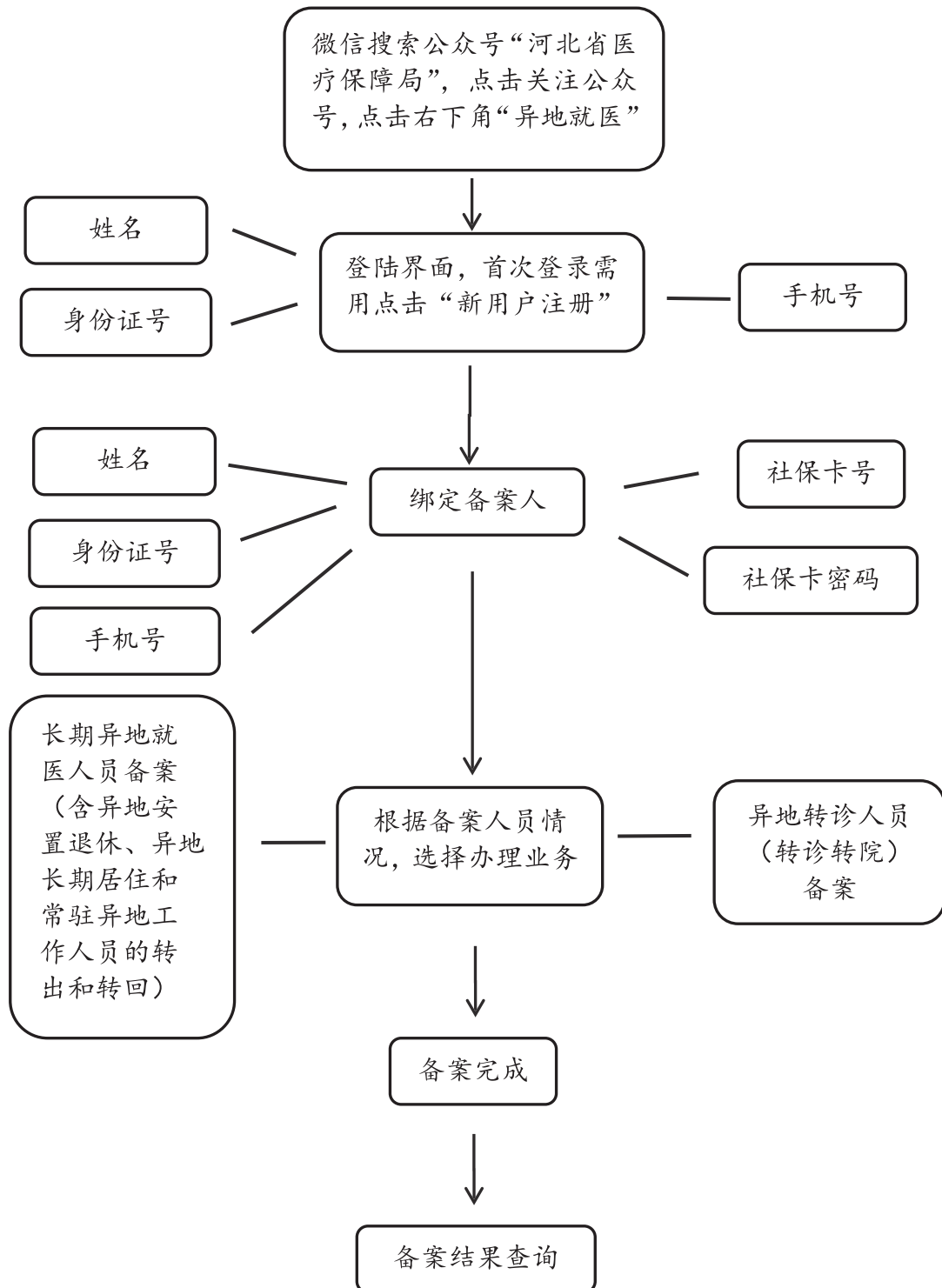


办公地址:

办公电话:



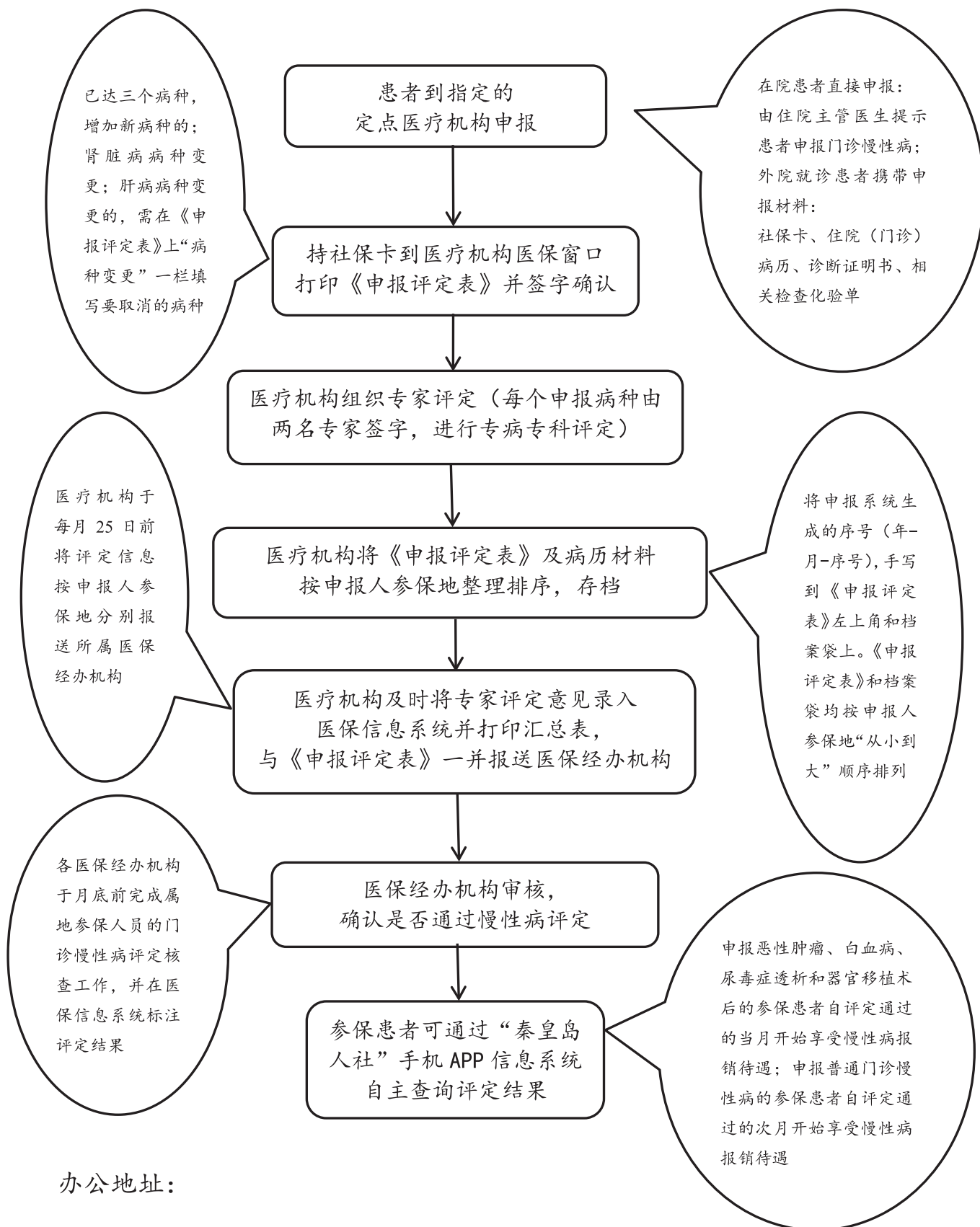
# 基本医疗保险参保人员异地就医备案流程图



办公地址:

办公电话:

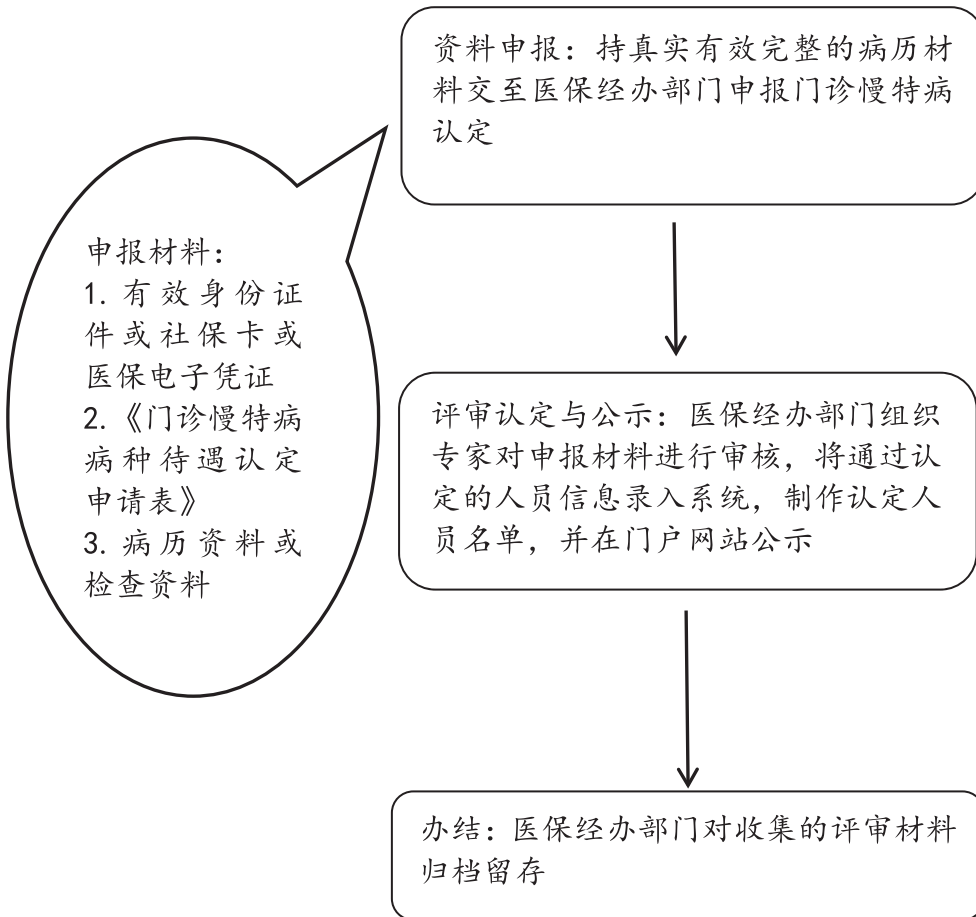
# 基本医疗保险参保人员享受门诊慢性病 病种待遇认定流程图（城镇职工）



办公地址：

办公电话：

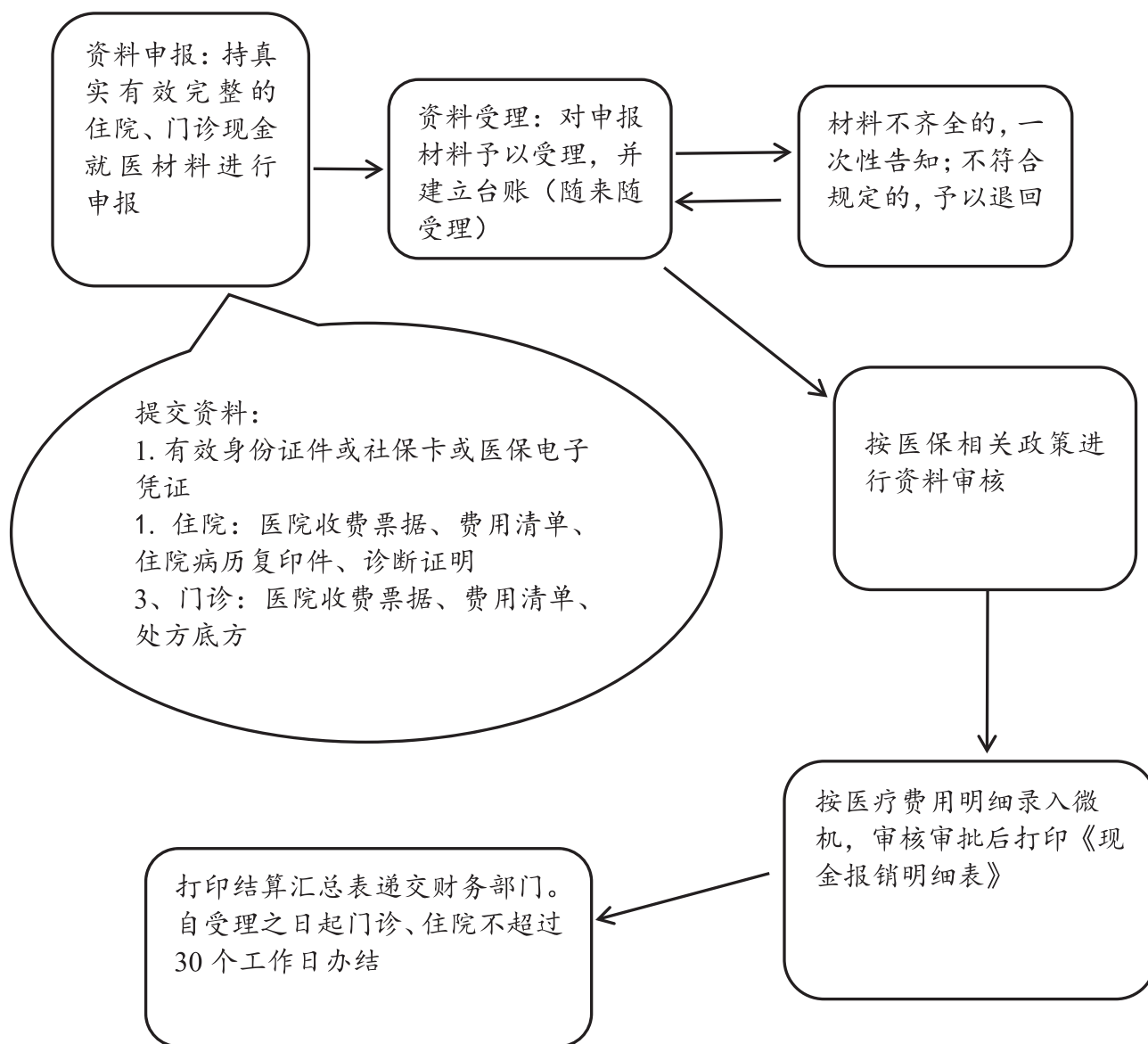
# 基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病 病种待遇认定流程图(城乡居民)



办公地址：

办公电话：

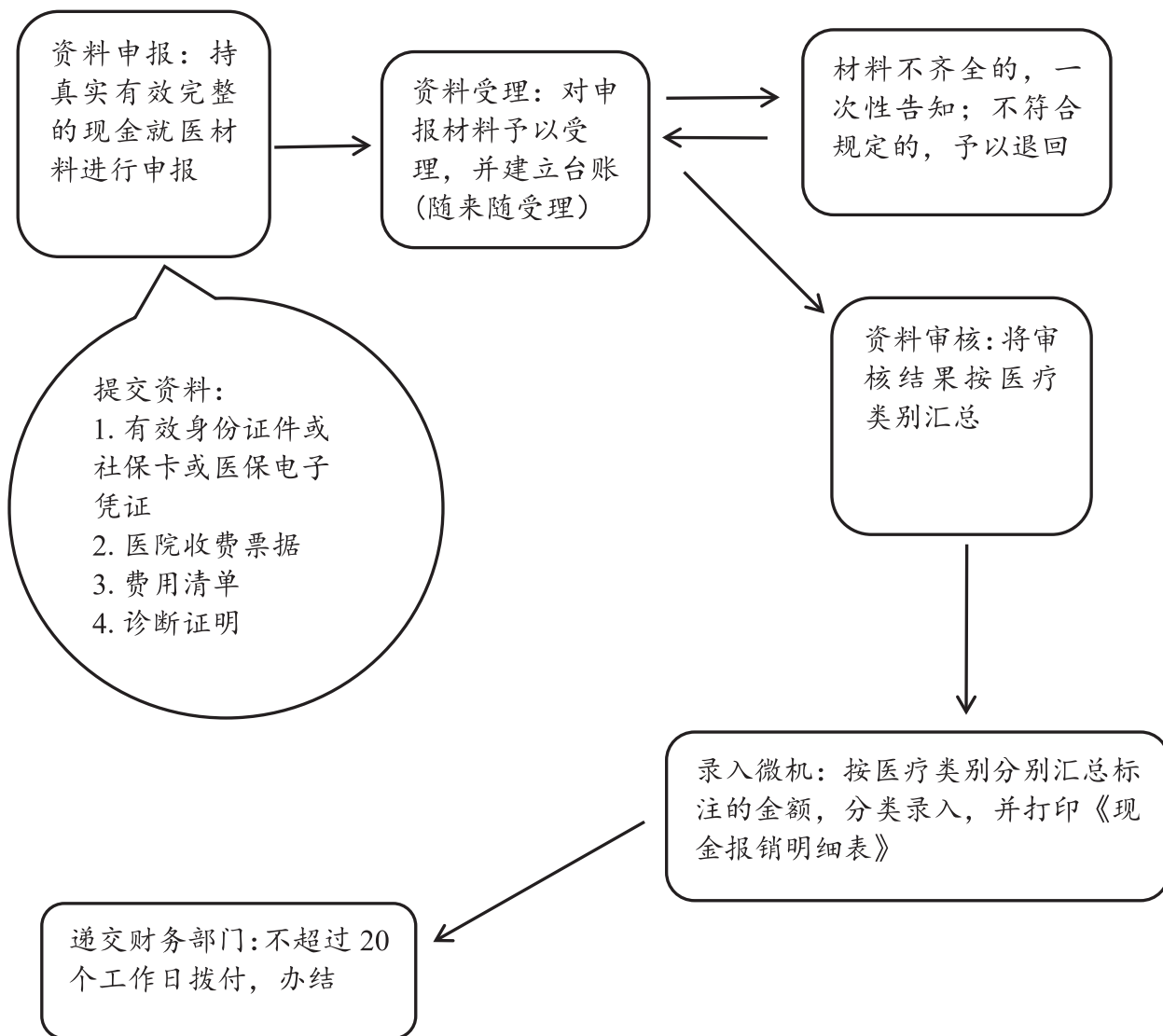
# 基本医疗保险参保人员医疗费用 手工报销流程图



办公地址:

办公电话:

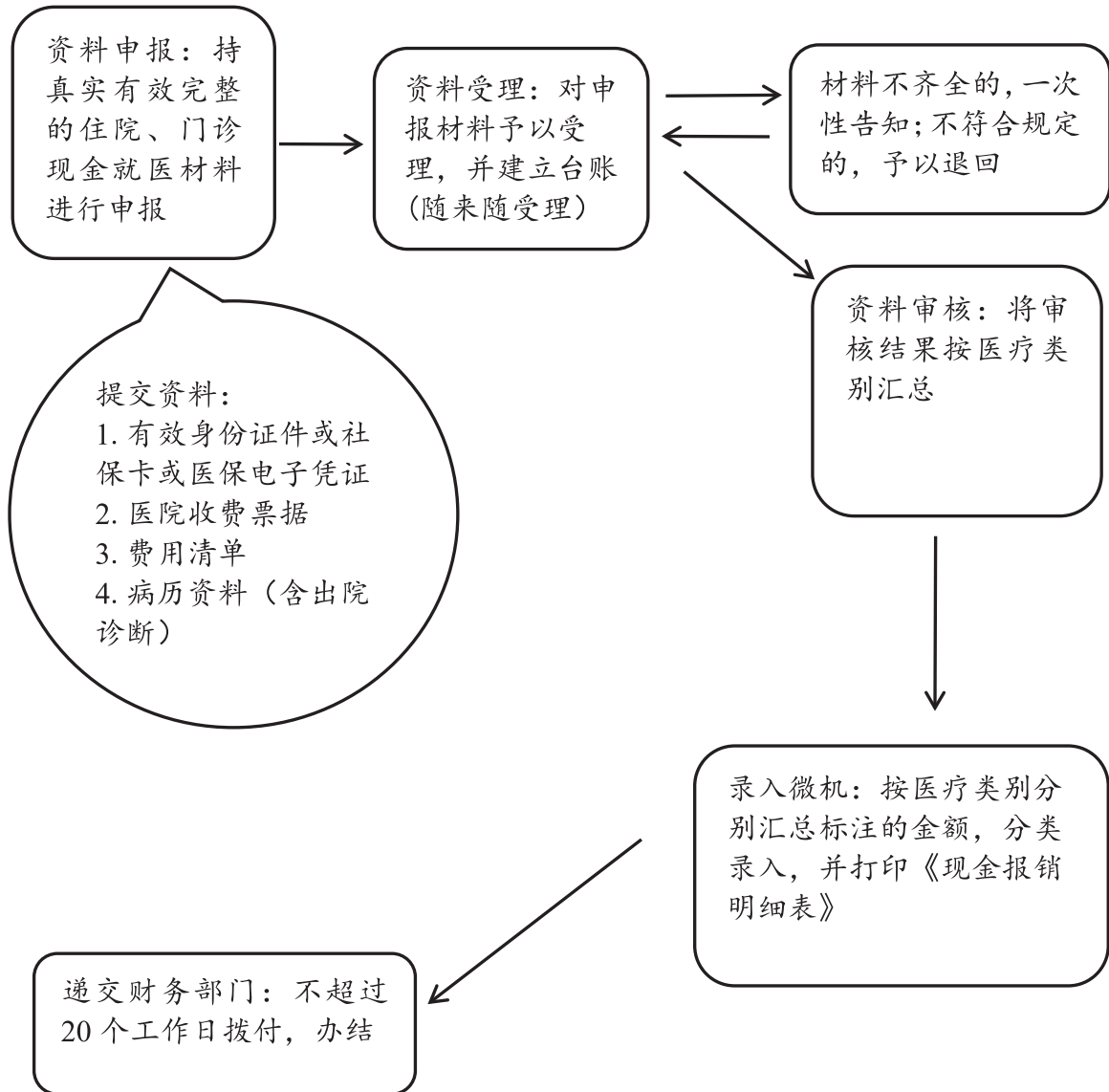
# 产前检查费支付流程图



办公地址:

办公电话:

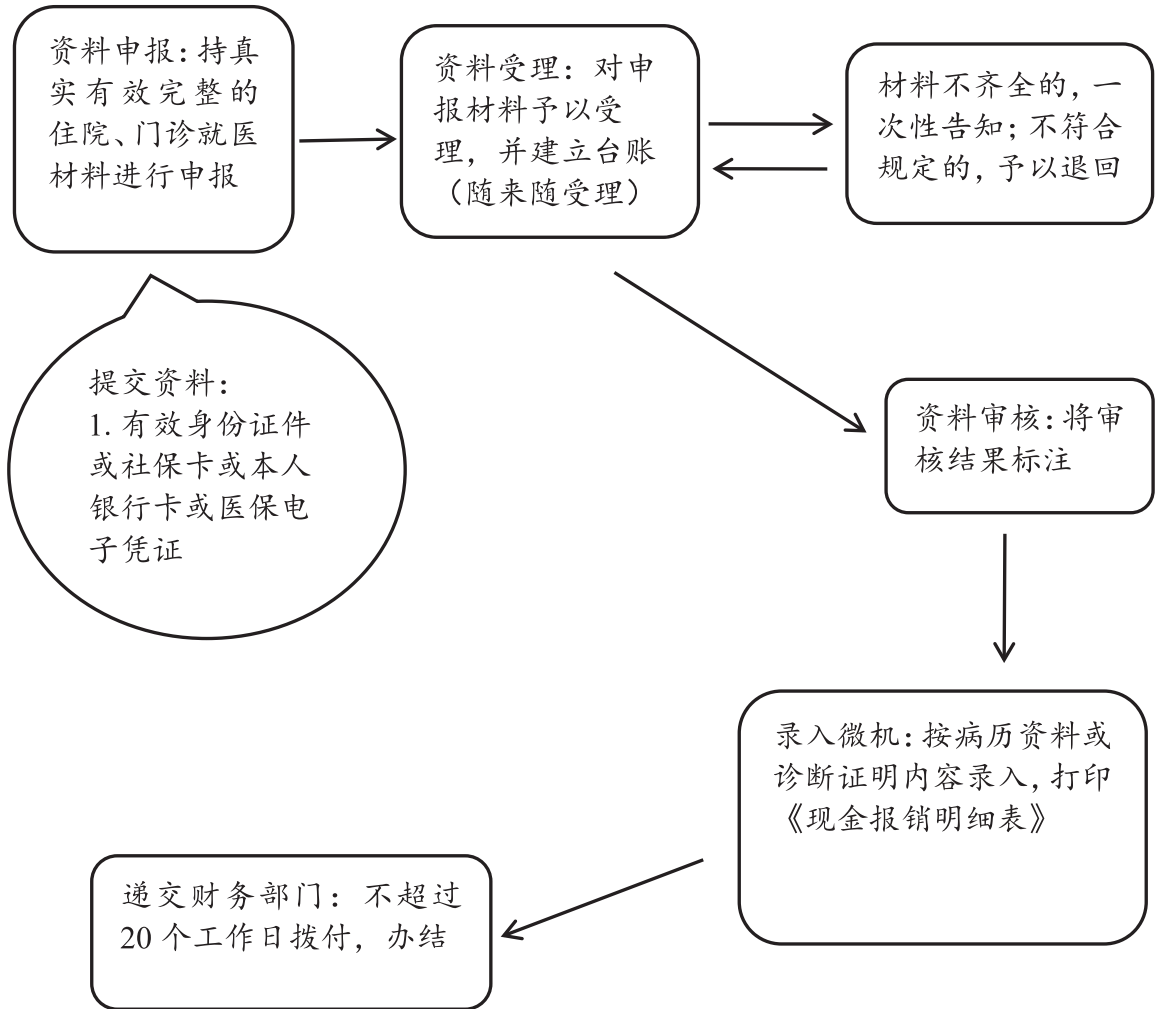
# 生育（计划生育）医疗费支付流程图



办公地址：

办公电话：

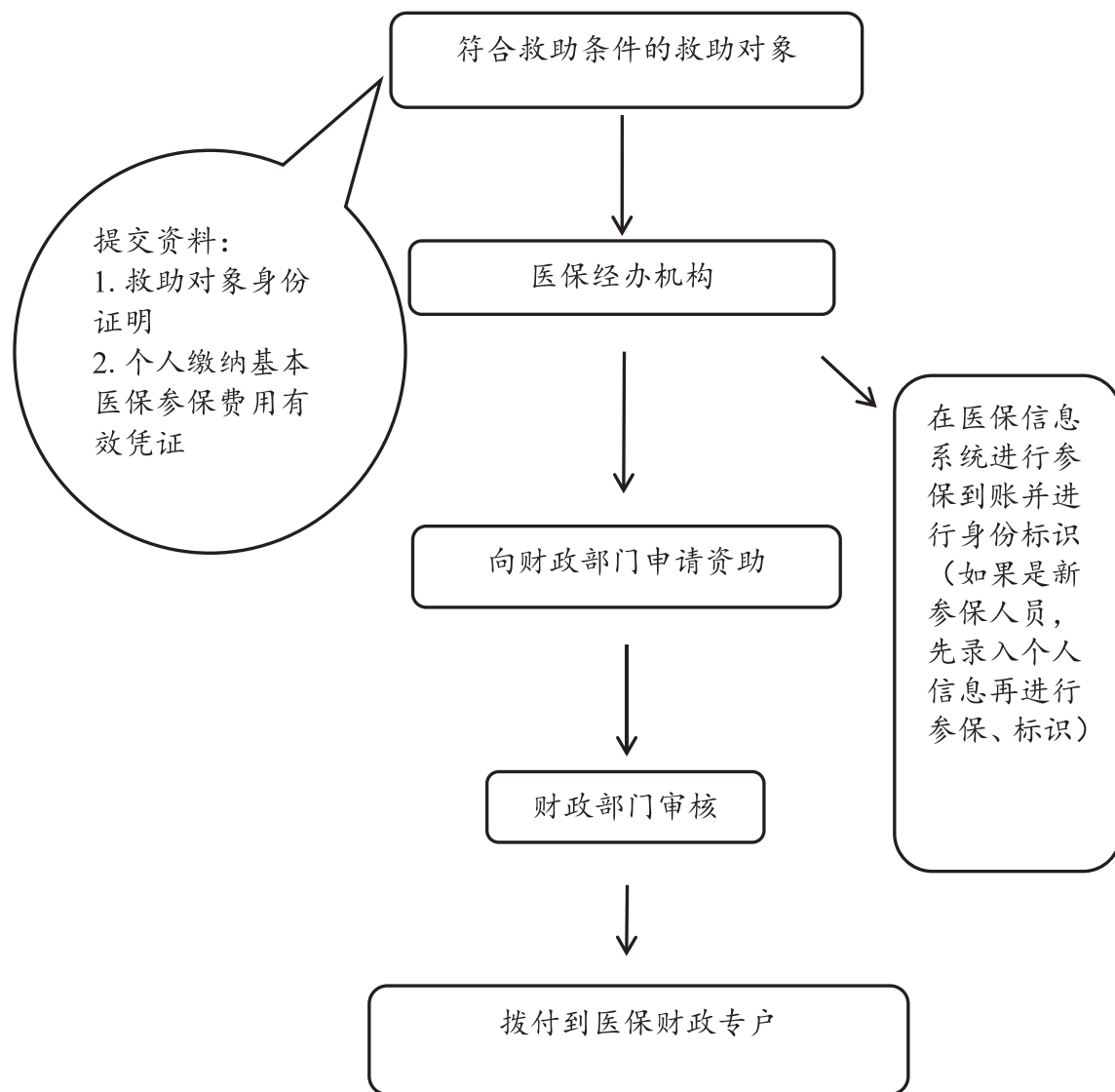
# 生育津贴支付流程图



办公地址:

办公电话:

# 符合资助条件的救助对象 参加城乡居民基本医疗保险个人缴费补贴流程图

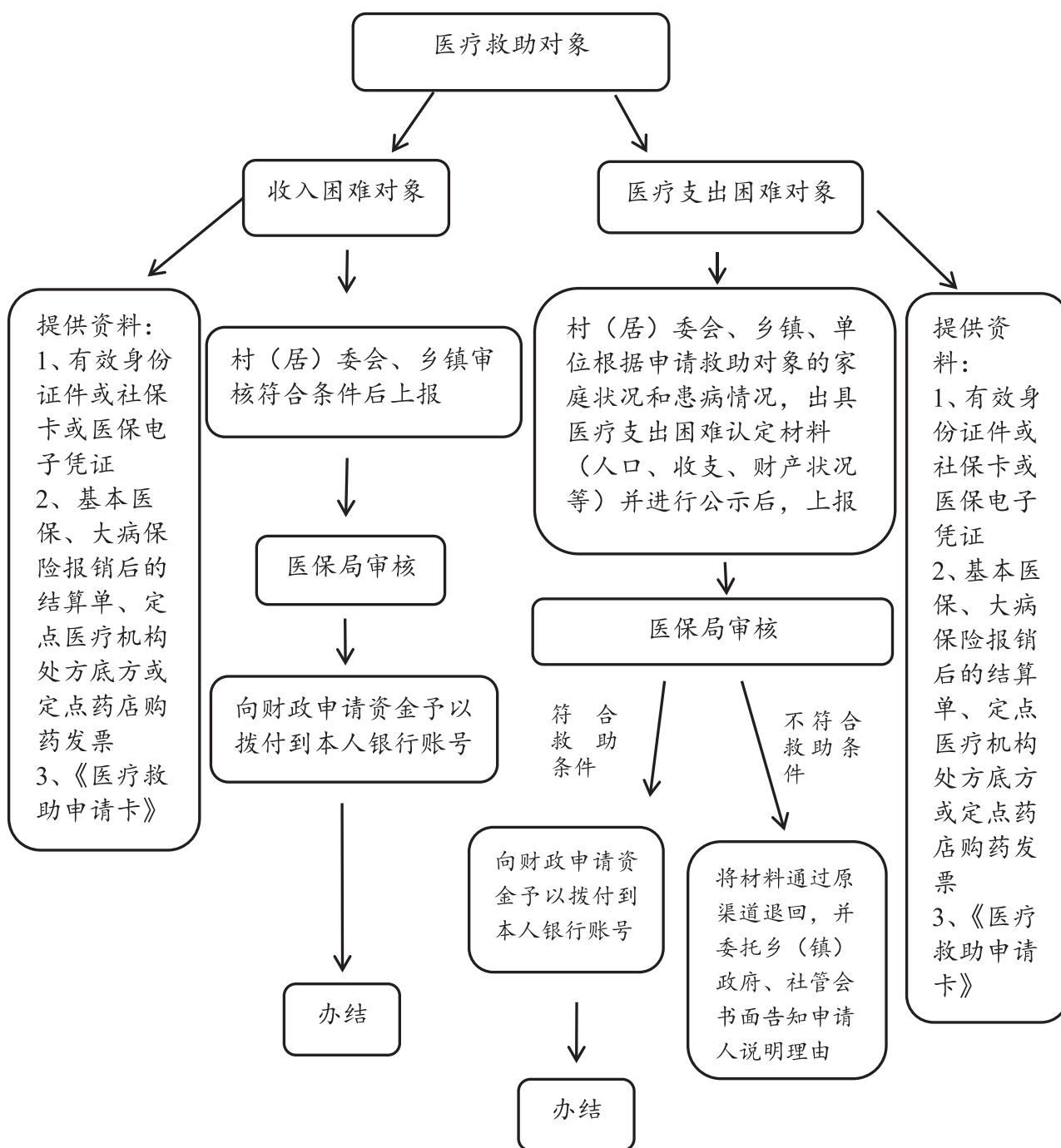


办公地址：

办公电话：



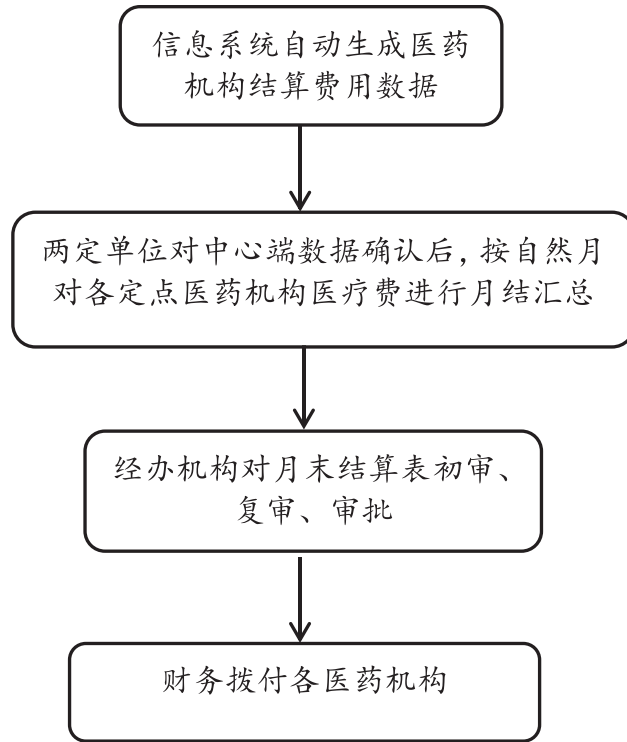
# 医疗救助对象手工报销流程图



办公地址：

办公电话：

# 定点医药机构费用结算流程图



办公地址:

办公电话:



**秦皇岛市医疗保障**  
**经办政务服务事项清单样表**



**中国医疗保障**  
CHINA HEALTHCARE SECURITY

表 1：基本医疗保险单位参保信息登记表

<input type="checkbox"/> 新参保登记		<input type="checkbox"/> 暂停登记		<input type="checkbox"/> 注销登记		<input type="checkbox"/> 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	<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（_____）						
<b>机关事业单位及社会团体填报以下信息</b>							
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。  <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。 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 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	<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)	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"/> 重残 <input type="checkbox"/> 低收入等)				
申请人 或监护人	<p>CHINA HEALTHCARE SECURITY</p> <p>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。</p> <p>(签字) _____ 年 月 日</p>				
收件审核	<p><input type="checkbox"/> 经审核, 符合城乡居民医保参保规定。</p> <p><input type="checkbox"/> 经审核, 不符合城乡居民医保参保规定。</p> <p>经办人: _____ (受理单位盖章)</p> <p>年 月 日</p>				

**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	
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

单位名称：	单位编码：	联系电话：	<input type="checkbox"/> 关键信息	<input type="checkbox"/> 非关键信息	年	月	日
序号	身份证号码	姓名	变更项目	变更前	变更后	签字	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6		CHINA HEALTHCARE SECURITY					
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： 年 月 日

关键信息  非关键信息

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							
CHINA HEALTHCARE SECURITY 中国医疗保障							
经办机构 意见							
经办人： 年 月 日 (受理单位盖章)							

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	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 主动放弃 <input type="checkbox"/> 其他				
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，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：基本医疗保险参保凭证

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**

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		<input type="checkbox"/> 居民	
			<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业	
			<input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍	
联系地址	邮政编码			
现参加的基本医疗保险类型 <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 其他(请说明)				
<b>转出地医疗保障经办机构信息</b>				
机构名称	联系电话	行政区划代码		
机构地址	邮政编码			
<b>申请人信息(若参保人办理, 则不需填写)</b>				
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 10：基本医疗保险关系转移接续联系函

（此表由转入地医疗保障经办机构填写并提供给转出地医疗保障经办机构）

编号：（省份）（统筹区）（年份）（第 XXXXXXX 号）

转出地医疗保障经办机构名称：\_\_\_\_\_

原在你处的参保人员，因流动就业等原因，现申请将其基本医疗保险关系转移至我处。若无不妥，请按相关规定办理转移手续。

参保人员信息			
姓名	性别	年龄	联系电话
身份证件号码	户籍类型		<input type="checkbox"/> 居民
			<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业
			<input type="checkbox"/> 台港澳 <input type="checkbox"/> 外籍
是否需要转移个人账户	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
现参加的基本医疗保险类型	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 其他（请说明）		
CHINA 转入地医疗保障经办机构信息 SECURITY			
开户全称	开户银行行号		
开户银行	银行账号		
机构地址	邮政编码		行政区划代码

经办人（签章）：\_\_\_\_\_ 转入地医疗保障经办机构名称（章）：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 表 11: 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		身份证件号码:		性别:		
姓名:	时间	基本医疗保险类型	参保缴费月数	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
序号	自 年 月至 年 月	1	小计	4	5	6
1		2	3			
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**

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：		登记类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 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)	
<p><b>温馨提示</b></p> <p>1. 跨省异地就医执行<b>就医地</b>目录、<b>参保地</b>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5. 转诊转院登记备案手续为一次转院（一个完整的入院、出院过程）使用，再次转院之前必须重新办理登记备案手续。</p>					
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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：门诊慢性病病种待遇认定申请表（城镇职工）

医院申报序号：

医保审核序号：

姓 名		性 别		身份证号码	
参保地				医疗保险编号	
联系电话	申报人（代理人）签字：				
病种变更					
申报病种	慢 性 病 评 定 意 见				
	医生初审意见			评定专家意见	
	申请依据	医生签字	评定依据	评定意见	专家签字
				符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>	
		年 月 日		符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>	
				符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>	
		年 月 日		符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>	
医院 意见	医保管理科室（章）				年 月 日

说明 1：“评定专家意见”一栏须两名专家签字；

2：在院患者直接申报的，必须填写“医生初审意见”一栏内容；

3：外院就诊持病历资料申报的无需填写“医生初审意见”一栏内容。



表 14：门诊慢特病病种待遇认定申请表（城乡居民）

认定机构名称（盖章）：

年 月 日

姓名		性别		年龄	
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)	 <p>医师签名： 年 月 日</p>				
审批意见					
备注					

表 15：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	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 特困供养人员 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 低收入对象 <input type="checkbox"/> 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	CHINA HEALTHCARE SECURITY							
经办机构意见								
备注								

申请人：\_\_\_\_\_年 月 日

## 表 16：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\_\_\_\_\_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：



中国医疗保障

CHINA HEALTHCARE SECURITY

承诺人（签名、指印）：

年 月 日

表 17：秦皇岛市生育保险现金报销明细表

姓名	性别	单位	报销金额合计					
医疗保险编号	产假天数	医疗费						
身份证号	享受待遇工资标准	产前检查费						
生育类别	胎儿数	生育津贴						
是否难产	银行账号	配偶名称		联系电话				
定点医院	银行名称	承办人						
生育/计划生育手术时间	审核	领导审批						
金额大写	CHINA HEALTHCARE SECURITY							
支付明细								
医疗费/检查费	首次支付	第二次支付	第三次支付	第四次支付	第五次支付	第六次支付	第七次支付	合计
	生育津贴	生育津贴	生育津贴	生育津贴	生育津贴	生育津贴	生育津贴	

经办日期：

## 表 18：秦皇岛市城镇职工基本医疗保险现金报销明细表

医疗机构编号		住院号		结算方式	
<b>基本信息</b>					
单位编号	_____	单位名称	_____	单位类型	_____
个人编号	_____	姓名	_____	性别	_____
人员状态	_____	IC 卡号	_____		
报销前帐户余额	元 _____	报销后帐户余额	元 _____		
<b>结算信息</b>					
医疗类别	_____	本年住院次数	_____	疾病编码	_____
历次基本医疗保险	元 _____	历次统筹支付累计	元 _____	本次费用总金额	元 _____
甲类	元 _____	乙类	元 _____	其他费用	元 _____
本次符合基本医疗保险	元 _____	起付标准	元 _____	进段自付	元 _____
基本个人账户支付	元 _____	统筹支付	元 _____	公务员支付	元 _____
公务员账户支付	元 _____	本次应领取金额	元 _____		
个人现金支付	元 _____				
审批人签字	_____	报销审核人（章）	_____	经办人	_____
				取款人（签字或章）	_____

结算日期：

制表日期：

